

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Bianca de Oliveira Gonçalves

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NO SUS E A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Porto Alegre

2017

Bianca de Oliveira Gonçalves

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NO SUS E A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Administração Pública Contemporânea.

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Amélia Carvalho

Porto Alegre

2017

BIANCA DE OLIVEIRA GONÇALVES

**POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES
NO SUS E A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Administração Pública Contemporânea.

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Amélia Carvalho

Conceito Final:

Aprovada em: de de 2017

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ariston Azevedo

Orientadora: Prof. Dra. Cristina Amélia Carvalho

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é relacionar a quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde com a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Essa pesquisa descritiva e de caráter qualitativo teve seus dados obtidos por pesquisa documental, tendo como fonte a própria PNPIC e a sua legislação, sites oficiais governamentais e relatórios de gestão. Para alcançar o objetivo, foi descrita a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, foram comparados os dados referentes a quantidade e qualificação em PIC de profissionais de saúde no SUS, entre os anos 2006 e 2016 e, por fim, esses dados foram relacionados com os objetivos e diretrizes da PNPIC. Observou-se expressivo aumento no número de municípios que oferecem alguma das práticas, bem como no de estabelecimentos de saúde e de atendimentos. O número de médicos e fisioterapeutas acupunturistas aumentou desde a publicação da PNPIC, enquanto que o de médicos homeopatas apresentou declínio. O número de profissionais formados e em formação nos cursos de qualificação do MS foi associado com o significativo aumento no número de procedimentos e de estabelecimentos no ano de 2016. As PIC estão presentes em apenas 28% das UBS, o que indica que os objetivos 1 e 2 da PNPIC ainda não foram atingidos. Porém, os resultados obtidos apresentam estar de acordo com as diretrizes 1, 2 e 9 principalmente. Concluiu-se que a disponibilidade em maior número de profissionais de saúde qualificados em práticas integrativas e complementares é imprescindível para a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Palavras-chave: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Qualificação dos profissionais de saúde em práticas integrativas e complementares. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study is to relate the amount available and specific qualification on health professional with the effectiveness of the National Policy on Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System. This descriptive and qualitative research had its data obtained by documentary research, what was based on NPICP and his legislation, official government websites and management reports. To achieve the purpose, the National Policy on Integrative and Complementary Practices was described, the data referring to the quantity and qualification in ICP of health professionals in the UHS were compared between 2006 and 2016, and, finally, these data were related to the objectives and guidelines of the NPICP. It was observed a significant increase in the number of cities that have some of these practices, as well as in the health and care facilities. The number of acupuncturist doctors and physiotherapics has increased since the publication of NPICP, while that of homeopathic doctors has declined. The number of professionals trained and training in the HM qualification courses was associated with significant increase in the number of health and care facilities in 2016. ICP are present in only 28% UBS (Basic Health Unit), what indicates that objectives 1 and 2 of the NPICP have not yet been reached. However, the results are in accordance with guidelines 1, 2 and 9, mainly. It was concluded that the availability of a greater number of qualified health professionals in integrative and complementary practices is essential for the effectiveness of the National Policy on Integrative and Complementary Practices.

Keywords: National Policy on Integrative and Complementary Practices. Qualification on health professionals in integrative and commentary practices. Health Policy. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CF – Constituição Federal

CIT – Comissão de Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

MT/MCA – Medicina Tradicional e Medicina Complementar/Alternativa

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PSF – Programa de Saúde da Família

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SINPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. OBJETIVOS	12
1.1.1. Objetivo Geral	12
1.1.2. Objetivos Específicos	12
1.2. JUSTIFICATIVA	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS	15
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	18
2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
2.4. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	25
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
3.1. ENQUADRAMENTO DE PESQUISA	28
3.2. COLETA DE DADOS	29
3.3. ANÁLISE DE DADOS	29
4. A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	31
4.1. ORIGEM DA PNPIC	31
4.2. OBJETIVOS E DIRETRIZES DA PNPIC	32
4.3. PRÁTICAS ENVOLVIDAS NA PNPIC	35
4.3.1. Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura	35
4.3.2. Homeopatia	36
4.3.3. Plantas Medicinais e Fitoterapia	37
4.3.4. Termalismo Social/Crenoterapia	38
4.3.5. Medicina Antroposófica	38
4.3.6. Arteterapia	38
4.3.7. Ayurveda	39
4.3.8. Biodança	39
4.3.9. Dança Circular	40
4.3.10. Meditação	40
4.3.11. Musicoterapia	40
4.3.12. Naturopatia	40
4.3.13. Osteopatia	41
4.3.14. Quiropraxia	41

4.3.15. Reflexoterapia.....	41
4.3.16. Reiki.....	42
4.3.17. Shantala	42
4.3.18. Terapia Comunitária Integrativa (TCI).....	42
4.3.19. Yoga.....	42
4.4. IMPLEMENTAÇÃO DA PNPIC.....	43
4.5. DIAGNÓSTICO INICIAL DAS PIC.....	47
5. PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS CAPACITADOS EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	49
5.1. QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PIC NO SUS	49
5.2. DADOS REFERENTES A PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM PIC NO SUS	55
5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	65
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS.....	74

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (CF) de 1988 reconheceu o direito à saúde como um direito social em seu Art. 196, onde cita que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Com a legitimidade desse direito e sua responsabilidade por parte do Estado, a CF também criou, no seu Art. 198, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde. Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade foram as três diretrizes citadas para a organização do SUS.

Dois anos após, em 19 de setembro de 1990, entrou em vigor a Lei Nº 8.080, conhecida também como Lei Orgânica da Saúde, que regula as ações e serviços de saúde e trata no Título II sobre o SUS. No seu Art. 7º, a Lei 8.080 estabelece como princípios do SUS: universalidade de acesso, integralidade de assistência, preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade, igualdade da assistência à saúde, descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização.

Com a descentralização e a participação popular como diretrizes do SUS e a busca pelo respeito aos seus princípios, aumentou a autonomia dos estados e municípios para definição de suas ações e políticas de saúde pública. Essa maior autonomia conquistada pela descentralização do SUS auxiliou que os entes federativos comesçassem suas próprias políticas e ações de saúde, implantando experiências pioneiras, sem seguir apenas às da União. Algumas dessas experiências se tratavam de práticas integrativas e complementares (PIC) e, de acordo com o diagnóstico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), 232 municípios brasileiros (de 26 diferentes estados) demonstraram a estrutura de alguma prática integrativa e/ou complementar até 2004. Ou seja, 232 municípios já ofereciam atendimento ou política com o enquadramento de PIC.

Práticas Integrativas e Complementares são denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Em 2002, a OMS publicou o documento “Estratégia da

OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, onde descreve o crescimento das MT/MCA, aponta estratégias para sua implantação e estimula o desenvolvimento de políticas públicas de MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde dos seus países membros. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) foi construída para o atendimento das diretrizes e recomendações de diversas conferências nacionais de saúde (ocorridas principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde), além das recomendações da OMS. Após três anos de trabalhos, estudos e debates, foi aprovada pela Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006, onde cita no Parágrafo Único do seu artigo 1º que:

Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL. 2006).

A Política Nacional de PIC procurou atender, dessa forma, a necessidade de regulamentação das práticas que já vinham sendo desenvolvidas em diversos municípios brasileiros, além de atender às recomendações da OMS e responder ao desejo de parte da população, que se manifestou nas conferências nacionais de saúde anteriores. Trouxe, dessa forma, diretrizes e ações para implementação de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica, sendo essas duas últimas como observatórios.

Após quatro anos da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Coordenação Nacional da PIC, ligada ao Ministério da Saúde, apresentou o relatório de gestão 2006-2010. Ainda que o relatório apresente os avanços para a saúde no país após a aprovação da PNPIC, um dos desafios apontados para a implementação da Política é “a formação e qualificação de profissionais em número adequado para atuarem no SUS” (BRASIL, 2011, p. 39). O diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde, antes da aprovação da PNPIC (BRASIL, 2006), já tinha como um dos seus destaques de pesquisa o número e o perfil dos profissionais envolvidos, assim como a capacitação de recursos humanos. Recentemente, a apresentação da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica – SAS/MS (BRASIL, 2016) citou como ainda um desafio ampliar o número de profissionais.

Em razão desse fato, espera-se responder à seguinte pergunta: De que maneira a quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde interferem na efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo Geral

O objetivo geral desse trabalho é relacionar a quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde com a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

1.1.2. Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral proposto, serão considerados os seguintes objetivos específicos ao longo deste trabalho:

- a) Descrever a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
- b) Comparar os dados referentes a quantidade e qualificação em PIC de profissionais de saúde no SUS, entre os anos 2006 e 2016;
- c) Relacionar os dados encontrados, bem como suas variações ao longo dos anos, com os objetivos e as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

1.2. JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi criada visando a integralidade da atenção à saúde, atuando na prevenção e na promoção da mesma, contribuindo para o fortalecimento dos princípios principais do SUS. A

PNPIC, conforme recomendação da OMS, busca pela segurança, eficácia e qualidade das práticas integrativas e complementares. Desde o início de sua implementação, diversos estudos têm sido feitos não somente sobre a PNPIC como também sobre as modalidades que ela incentiva que sejam oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, tendo importância na assistência e na pesquisa.

A oferta de práticas integrativas e complementares pelo SUS está diretamente relacionada com a prevenção, com foco na saúde e não na doença, com eficácia ainda que com custos menores, de forma complementar à medicina tradicional. A revista Brasília Encontro, do portal CorreioWeb, apresentou, em maio de 2016, uma reportagem sobre as PIC oferecidas no Distrito Federal, e demonstrou que as 14 modalidades oferecidas em 125 centros de saúde ainda não são muito conhecidas pela população. Entretanto, as práticas demonstram bons resultados, como redução de estresse, dores, uso desnecessário de remédios e de efeitos colaterais de tratamentos agressivos (como para o câncer). Assim, com os benefícios das PIC, o paciente necessita cada vez menos de consulta médica e medicação química. A implantação da PNPIC nos municípios de Candelária, Santa Cruz do Sul e Pantano Grande (ambos no Rio Grande do Sul) também foi tema de reportagem (PORTAL GAZ, 2017). Segundo a reportagem, em Candelária a medicalização de pacientes apresentou diminuição de 30% após a implantação da fitoterapia.

A recente inclusão de novas práticas à Política torna este estudo sobre a PNPIC ainda mais oportuno e relevante. A Portaria Nº 849 do Ministério da Saúde, de 27 de março de 2017, incluiu à PNPIC as seguintes práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Logo, a PNPIC compreende o total de dezenove práticas.

Neste contexto apontado, é oportuno o estudo sobre a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Conforme dito anteriormente, o Relatório de Gestão da Política apontou, em 2011, que um dos desafios para melhores resultados da Política está no número de profissionais qualificados para atenderem pelo SUS, fato este que foi também citado em recente apresentação da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica – SAS/MS e em estudos anteriores (FONTANELLA *et al.*, 2007; ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

O estudo sobre a relação entre a quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde e a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é de suma importância para os gestores públicos dos níveis federal, estadual e municipal do SUS, como forma de obter resultados positivos com a implementação de tal Política. O presente trabalho também contribui como fonte de pesquisa para acadêmicos, pesquisadores e o público em geral que esteja interessado em adquirir conhecimentos sobre o assunto.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente referencial teórico é dividido em quatro partes. A primeira parte aborda os principais conceitos e tipos de Políticas Públicas, enquanto que a segunda estuda especificamente as Políticas Públicas de Saúde. A terceira parte aborda o Sistema Único de Saúde e, por fim, a quarta parte trata das práticas integrativas e complementares.

2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS

Não há uma única ou melhor definição do conceito de políticas públicas. Durante as décadas de 1980 e 1990, autores como Mead, Lynn, Peters e Dey definiam políticas públicas como se fossem um conjunto das ações do governo (SOUZA, 2006). Entretanto, essas definições com foco no governo não levam em conta os limites das decisões governamentais, assim como a relação com demais governos e instituições, não considerando que é um campo multidisciplinar. Dessa forma, Souza (2006, p. 26) resume política pública “como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. A autora ainda afirma que, após as políticas públicas serem formuladas, elas “desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação” (SOUZA, 2006, p. 26).

De forma mais abrangente, Castro e Oliveira (2014, p. 22) entendem política pública como:

o conjunto de políticas, programas e ações do Estado, diretamente ou por meio de delegação, com objetivo de enfrentar desafios e aproveitar oportunidades de interesse coletivo. Tais políticas, programas e ações concretizam-se na oferta de bens e serviços que atendam às demandas resultantes das disputas políticas acerca do que é ou deveria ser de interesse público. O conceito de política pública pressupõe, portanto, o reconhecimento de que há uma área ou domínio da vida que não é privada ou somente individual. Independentemente da escala, as políticas públicas remetem a problemas que são públicos, em oposição aos problemas privados. Nas sociedades contemporâneas, cabe ao Estado prover políticas

públicas que atendam aos anseios da sociedade. Para que as funções estatais sejam exercidas com legitimidade, é preciso haver planejamento e permanente interação entre governos e sociedade, de forma que sejam pactuados objetivos e metas que orientem a formulação e a implementação das políticas públicas.

Diferentemente de Souza (2006), percebe-se em Castro e Oliveira (2014) uma maior complexidade desse conceito, onde a palavra pública não se refere estritamente a governo, mas sim também a interesses e demandas da sociedade. Teixeira (2002, p. 2), de maneira semelhante, conceitua políticas públicas como sendo:

diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

Teixeira (2002, p. 2) ainda cita que na elaboração de uma política pública é estabelecido “quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem”, que são “definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente”. Tal aspecto deixa ainda mais claro a forte influência da participação da sociedade na conceituação de uma política que seja de fato pública, considerando os beneficiários e o debate público no processo de elaboração da mesma.

Aqui cabe citar o conceito de sociedade. Segundo Rua (2012, p. 12), esta seria “um conjunto de indivíduos, dotados de interesses e recursos de poder diferenciados, que interagem continuamente a fim de satisfazer às suas necessidades”.

Ainda segundo a autora, políticas públicas “compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores envolvendo bens públicos” e “geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas” (RUA, 2012, p. 17).

A ideia de conjunto de diversos processos também está presente na conceituação formulada por Lucchese (2004, p. 9), ao entender que políticas públicas são:

conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais

relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes tem do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Baseado nos conceitos abordados, entende-se como políticas públicas o conjunto de ações, programas e políticas do Estado que tem como fim transformar uma determinada situação da sociedade. Apesar do poder público ser o agente ativo que atua no planejamento das políticas públicas, toda política pública tem como objetivo um interesse público. São decisões e estratégias políticas que interferem de alguma forma na vida da sociedade.

Assim como não possuem um único conceito, as políticas públicas também não possuem apenas uma única classificação de tipologia.

Lowi (1964; 1972 *apud* SOUZA, 2006, p. 28) desenvolveu a tipologia de política pública em quatro formatos, onde:

O primeiro é o das políticas distributivas, decisões tomadas pelo governo, que desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo. O segundo é o das políticas regulatórias, que são mais visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse. O terceiro é o das políticas redistributivas, que atinge maior número de pessoas e impõe perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuro para outros; são, em geral, as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário e são as de mais difícil encaminhamento. O quarto é o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos. Cada uma dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios diferentes, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma também diferente.

Já Teixeira (2002, p. 3) utiliza três critérios diferentes para classificar as políticas públicas: 1) Quanto à natureza ou grau da intervenção, 2) Quanto à abrangência dos possíveis benefícios e 3) Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários, ou ao seu papel nas relações sociais. Seguindo a seguinte tipologia, tem-se:

Quanto à natureza ou grau da intervenção:

- a) estrutural – buscam interferir em relações estruturais como renda, emprego, propriedade etc.
- b) conjuntural ou emergencial – objetivam amainar uma situação temporária, imediata.

Quanto à abrangência dos possíveis benefícios:

- a) universais – para todos os cidadãos
- b) segmentais – para um segmento da população, caracterizado por um fator determinado (idade, condição física, gênero etc.)

- c) fragmentadas – destinadas a grupos sociais dentro de cada segmento. Quanto aos impactos que podem causar aos beneficiários, ou ao seu papel nas relações sociais:
- a) distributivas – visam distribuir benefícios individuais; costumam ser instrumentalizadas pelo clientelismo;
- b) redistributivas – visam redistribuir recursos entre os grupos sociais: buscando certa equidade, retiram recursos de um grupo para beneficiar outros, o que provoca conflitos;
- c) regulatória – visam definir regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade; não visariam benefícios imediatos para qualquer grupo.

Rua (2013, p. 52), por sua vez, utiliza como critério de classificação das políticas públicas o setor de atividade governamental em que operam. Os quatro tipos definidos pela autora são:

- a) Políticas Sociais: aquelas destinadas a prover o exercício de direitos sociais como educação, seguridade social (saúde, previdência e assistência) habitação, etc.;
- b) Políticas Econômicas: aquelas cujo intuito é a gestão da economia interna e a promoção da inserção do país na economia externa. Ex.: política monetária, cambial, fiscal, agrícola, industrial, comércio exterior, etc.;
- c) Políticas de Infraestrutura: aquelas dedicadas a assegurar as condições para a implementação e a consecução dos objetivos das políticas econômicas e sociais. Ex.: política de transporte rodoviário, hidroviário, ferroviário, marítimo e aéreo (aviação civil); energia elétrica; combustíveis; petróleo e gás; gestão estratégica da geologia, mineração e transformação mineral; oferta de água; gestão de riscos e resposta a desastres; comunicações; saneamento básico; mobilidade urbana e trânsito, etc.;
- d) Políticas de Estado: aquelas que visam garantir o exercício da cidadania, a ordem interna, a defesa externa e as condições essenciais à soberania nacional. Ex.: política de direitos humanos, segurança pública, defesa, relações exteriores, meio ambiente, etc.

2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Para entender a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – a principal política pública de saúde brasileira – é necessário revisar o caminho da constituição deste. Sendo a saúde um direito social a partir da Constituição Federal de 1988, a implementação de políticas públicas voltadas a esse tema foi mais decisiva a partir da década de 1990. Entretanto, as primeiras políticas públicas voltadas para a saúde, no Brasil, datam da década de 1930.

Até a década de 1920, havia apenas ações desenvolvidas pelo Estado voltadas para saneamento, mas não para a área da saúde – exceto em casos esporádicos, como epidemias e catástrofes naturais. Em 1923, a Lei Eloy Chaves

criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), que é considerada por muitos autores o marco do início da Previdência Privada no Brasil (RONCALLI, 2003). A lei deu amparo legal a iniciativas que já existiam nas empresas privadas e reconhecia os direitos previdenciários e trabalhistas de classes estratégicas para a economia do país, no contexto de rápido processo de industrialização e urbanização. Nas CAPs surgem os debates iniciais sobre a necessidade de atender a demanda dos trabalhadores (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [201-]) e a assistência médica era uma atribuição através de serviços próprios. Já na década de 1930, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), vistos como uma possível resposta do Estado para as lutas e reivindicações dos trabalhadores, já que apresentavam maior participação de componente estatal. Além disso, acentuou-se “o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [201-], p. 32). Ainda na década de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde e a política nacional de saúde foi organizada em dois eixos que, segundo Sarreta (2009, p. 135), eram:

da saúde pública e da medicina previdenciária ligada aos IAPs e suas categorias correspondentes. A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde há, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico-hospitalar [...] A ação do Estado na área da saúde divide-se, claramente, de um lado, a saúde pública de caráter preventivo e coletivo, conduzida por meio de campanhas, voltada para a luta contra as epidemias e desenvolvida com uma preocupação mais social; e de outro, a assistência médica de caráter curativo e individual, conduzida aos trabalhadores contribuintes por meio da ação da previdência social.

Ainda segundo Sarreta (2009, p. 137), “o setor de saúde e outros passaram a ocupar um papel importante na geração de emprego e renda e, sobretudo, na possibilidade de diminuir os conflitos sociais inerentes ao sistema capitalista, ao cuidar da mão de obra trabalhadora” após a introdução de políticas keynesianas na década de 1930. Neste período, cresce o modelo de saúde com ênfase na assistência curativa. Em 1941, durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde, essa ênfase no modelo de saúde individual e curativo esteve presente, mas o maior destaque foi a necessidade de expansão do número de leitos em hospitais gerais ou sanatórios.

Após 1945, com o término da Segunda Guerra Mundial, foi reconhecido pela OMS que saúde não tem implicação apenas física ou psicológica, reconhecendo a influência de questões sociais e econômicas, e assim “a saúde foi definida como um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças” (BRAVO; MATOS *apud* SARRETA, 2009, p. 141), ampliando assim a saúde para não somente curativa como também preventiva e educativa. O Brasil passa, então, a adotar um modelo de saúde baseado em grandes hospitais e deixa a rede de atenção básica em segundo plano.

Em 1965, ano posterior ao do golpe militar, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão de vários IAPs e com forte ênfase na centralização político-administrativa. De acordo com Reis, Araújo e Cecílio ([201-], p. 32), “o INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS” e, assim, o Estado se torna o maior comprador de serviços privados de saúde. Além disso, “as políticas públicas, que se expandem nessa fase, apresentavam forte centralidade administrativa, principalmente a concepção de planejamento em saúde, além de efetivar investimentos priorizando a iniciativa privada, seguindo o modelo de saúde americano” (SARRETA, 2009, p. 144).

Já em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado. No entanto, segundo Roncalli (2003, p. 32), “a precariedade do sistema, não só da área da saúde, mas em toda a área social, provocava insatisfação cada vez maior, comprometendo a legitimidade do regime”. Assim, no final dos anos 1970 se amplia o Movimento pela Reforma Sanitária, conduzido por profissionais da saúde, lideranças políticas sindicais e populares, além de parlamentares.

A atenção básica, como “porta de entrada” do sistema, foi a ênfase do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), implementado em 1982. De acordo com Reis, Araújo e Cecílio ([201-], p. 33), o PAIS visava:

a integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação

pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa.

Com o fim do regime militar, a população se mobilizou para garantir que a saúde fosse tratada como atenção prioritária. A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contou com intensa participação social e “criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro a serem defendidas na Assembleia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte” (RONCALLI, 2003, p. 33). Esta conferência consagrou uma concepção ampliada de saúde e, além disso, o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado.

Dessa forma, em 1988, a nova Constituição Federal, conhecida como “Constituição Cidadã”, concretiza a Reforma Sanitária brasileira e, enfim, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, em seu artigo 196. Neste artigo, o direito à saúde é um direito social garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A Constituição estabelece “que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [201-], p. 34) e que os serviços devem ser hierarquizados e sua gestão descentralizada, com a participação da comunidade. Foi também criado o SUS, tema de estudo do próximo subitem, que é considerado a maior política de saúde brasileira, ao qual as demais são orientadas (como o caso da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, tema do presente estudo).

Desde 1988, as políticas públicas de saúde são orientadas conforme a Constituição Federal e seus princípios normalizados na mesma. Segundo Lucchese (2004, p. 3):

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções

públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Com essa revisão, fica evidente que a evolução de políticas de saúde está relacionada com a própria evolução político-social e econômica do Brasil. O processo evolutivo seguiu ao avanço do capitalismo e as ações do Estado procuraram, primeiramente, incorporar os problemas de saúde que atingiam os grupos sociais importantes para o avanço econômico. Importante lembrar aqui também a evolução do pensamento de uma medicina puramente curativa para uma também preventiva.

2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme visto no subitem anterior, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi garantido pela Constituição Federal de 1988, impulsionado pela Reforma Sanitária. A Constituição de 1988 estabeleceu os princípios, diretrizes, bases de financiamento e competências gerais do SUS, de uma perspectiva nacional. Dois anos depois, em 19 de setembro de 1990, a Lei Nº 8.080 entra em vigor e cria e regula de fato o SUS. Ainda em 1990, no dia 28 de dezembro, entra em vigor a Lei Nº 8.142, que, em conjunto com a Lei Nº 8.080, são consideradas a Lei Orgânica da Saúde. Enquanto a primeira “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a), a segunda “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). Assim, a Lei Nº 8.142 complementa a Lei Nº 8.080, especialmente no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, matérias que foram objeto de vetos presidenciais quando da promulgação da Lei Nº 8080/1990.

A constituição do SUS se dá, de acordo com o artigo 4º da Lei Nº 8.080/90, pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das

fundações mantidas pelo Poder Público”. Ainda de acordo com a mesma lei (artigo 5º), são objetivos do SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventiva (BRASIL, 1990)

O SUS, de acordo com a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde, deve seguir os seguintes princípios:

- a) universalidade: Trata da universalidade de acesso em todos os níveis. Todos possuem os mesmos direitos de acesso aos serviços de saúde, contribuindo ou não com qualquer uma das esferas políticas. É o princípio que melhor diferencia o SUS do sistema de previdência social;
- b) integralidade: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a). Ou seja, é previsto que o tratamento deve ser feito em sua totalidade;
- c) descentralização dos serviços: a descentralização político-administrativa compreende uma direção única em cada esfera de governo. No âmbito federal, é de competência do Ministério da Saúde, enquanto que nos níveis estadual e municipal é das respectivas Secretarias de Saúde;
- d) regionalização e hierarquização: pressupostos da descentralização político-administrativa, é a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada; e,
- e) preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integralidade: tem como objetivo demonstrar respeito aos direitos individuais, compreendendo sua integridade e identidade, garantindo ao indivíduo o direito de estar informado sobre suas condições e podem fazer suas decisões.

Para que o SUS pudesse ser, de fato, implementado, foi necessário o estabelecimento de algumas Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira NOB

(NOB 01/91) visava acelerar a descentralização do sistema dos municípios, estabelecendo relação direta entre os gestores e instituía o pagamento por produção, ou seja, o repasse de verbas seria para cobrir as despesas dos procedimentos realizados pelos municípios. Foi também em 1991 que foi criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde, para o acompanhamento da implantação e operacionalização da implantação do SUS,

Em 1993, foi publicada mais uma NOB, NOB 01/93, que segundo Reis, Araújo e Cecílio ([201-], p. 36),

Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite).

Já com NOB 01/96, redefiniu-se as condições de gestão, aumentando a autonomia de municípios e estados ao romper com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial, como Programa de Saúde da Família (PSF). Foi criada uma modalidade de pagamento com base populacional, através da criação do Piso Assistencial Básico (PAB). Os municípios passaram a receber, de acordo com a modalidade de gestão, um montante relativo ao tamanho populacional para desenvolver atividades de assistência básica.

Em 2002, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS, que teve como ênfase o:

processo de regionalização do SUS, a partir de uma avaliação de que a municipalização da gestão do sistema de saúde, regulamentada e consolidada pelas normas operacionais estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde, por não permitir uma definição mais clara dos mecanismos regionais de organização da prestação de serviços (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [201-], p.38).

2.4. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são também denominadas de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal compreensão é do Ministério da Saúde que, na aprovação da PNPIC, através da Portaria nº 971 GM/MS, de 03 de maio de 2006, considerou que “o Ministério da Saúde entende que as Práticas Integrativas e Complementares compreendem o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa – MT/MCA” (BRASIL, 2006).

A OMS (WHO, 2002) considera que há diversos sistemas de medicina tradicional, compreendendo também a medicina tradicional chinesa, indiana ayurveda, árabe e indígena. Entretanto, a prática pode variar de país para país e/ou de região para região de acordo com a influência de fatores como história, filosofia e atitudes pessoais. MT/MCA pode ser categorizada como medicinas medicamentosas – aquelas que utilizam ervas medicinais, parte de animal e/ou minerais – ou medicinas não medicamentosas (caso das práticas que principalmente não usam medicamentos).

Dessa forma, a OMS buscou uma definição que fosse abrangente e define, assim, medicina tradicional com a inclusão de diversas práticas de saúde, abordagens, conhecimentos e crenças incorporando plantas, animais e/ou medicamentos à base de minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados singularmente ou em conjunto para manter o bem-estar, assim como tratar, diagnosticar ou prevenir a doença (WHO, 2002, p. 7),

Ainda de acordo com a OMS (WHO, 2002, p.7), os termos complementares e alternativos são usados para referenciar um conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da própria tradição do país, ou que não estão integralizadas ao sistema de saúde dominante. Algumas das práticas citadas pela OMS são a medicina chinesa, ayurveda, homeopatia, yoga, meditação e shiatsu. Assim, a diferença entre a medicina tradicional e a complementar está na origem e uso das práticas, assim como a integração delas com o sistema de saúde do país em questão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem estimulando o uso das Práticas Integrativas e Complementares por seus países membros a alguns anos. Tal

incentivo iniciou no final da década de 1970, quando a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, que objetivava a formulação de políticas na área. Desde então, a OMS publicou diversos comunicados e resoluções expressando o seu compromisso em (BRASIL, 2006, p. 11):

incentivar os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade.

Um dos documentos mais importantes após a criação desse programa foi a “Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional 2002-2005”, que reafirma esses princípios e incentivos. Tais estratégias visam incentivar os países-membros a integrar a MT/MCA nos sistemas nacionais de saúde, implementar políticas/programas nacionais, promover a segurança, eficácia e qualidade da MT/MCA, assim como aumentar a disponibilidade e acessibilidade da mesma.

No Brasil, tal documento da OMS impulsionou o diagnóstico para conhecer as PIC que já estavam sendo desenvolvidas no setor público do país que, em 2006, resultou na aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. A própria PNPIC cita que o seu campo (BRASIL, 2006, p.9):

contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Essas práticas visam, portanto, à assistência à saúde do indivíduo, ou seja, o diagnóstico, prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente, corpo e espírito e não como de partes isoladas, o que acaba se tornando uma grande diferença entre as PIC e a biomedicina, onde uma especialidade cuida e se direciona a uma parte do corpo, sem uma integralidade entre as mesmas (TESSER; LUZ, 2008).

A formação de profissionais de saúde, que gradua os profissionais que atuam no SUS, é fundamentada principalmente por um único paradigma: o biomédico. A

biomedicina é a racionalidade médica hegemônica no Brasil e predominante na formação acadêmica profissional. Assim, as PIC não estão presentes na maioria das instituições que formam os futuros profissionais que trabalharão no SUS e, além disso, observa-se também a falta de um maior direcionamento para os objetivos do Sistema. Dessa forma, a formação em PIC se dá muito pelo interesse pessoal do profissional, por meio de cursos profissionalizantes, de especialização e extensão (AZEVEDO; PELICIONI, 2011). Acrescentado a isso, as poucas universidades federais que possibilitam algum contato dos graduandos com PIC o oferece através de disciplinas eletivas. Assim, os cursos de formação são oferecidos principalmente pela iniciativa privada (SOUZA et al, 2012), o que distancia ainda mais a formação das diretrizes do SUS.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A definição dos procedimentos metodológicos é um dos pontos essenciais de qualquer estudo, visto que são a partir deles que o mesmo se desenvolverá. Nesse capítulo, serão apresentados o enquadramento da presente pesquisa, bem como as fontes de coleta de dados e procedimentos para a análise dos mesmos.

3.1. ENQUADRAMENTO DE PESQUISA

Para atender o objetivo geral desse trabalho de relacionar a quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde com a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, a presente pesquisa tem caráter qualitativo quanto à sua abordagem, visto que tem a finalidade de medir relações entre as variáveis.

Com base em seus objetivos, a pesquisa é classificada como descritiva. De acordo com Gil (2002, p. 42), as pesquisas descritivas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Nesse caso, trata da relação entre as variáveis quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde e a efetividade da PNPIC.

Já de acordo com a classificação com base nos procedimentos técnicos utilizados, essa pesquisa é classificada como pesquisa documental. A pesquisa documental é semelhante a pesquisa bibliográfica, se diferenciando pela natureza das fontes, como explicado por Gil (2002, p. 45):

Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Assim, a pesquisa documental possui fontes documentais mais diversificadas e dispersas do que a pesquisa bibliográfica, fontes essas que são classificadas por Gil (2002, p. 46) como “de primeira mão”, que são aqueles que não receberam nenhum tratamento analítico, como documentos conservados em arquivos, memorandos, regulamentos, ofícios, etc., ou “de segunda mão”, aqueles que, de

alguma forma, já foram analisados, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, etc.).

3.2. COLETA DE DADOS

Os dados utilizados para essa pesquisa foram os dados públicos divulgados relativos à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, dados que estão disponíveis para a sociedade em geral, tanto por meio físico como por meio eletrônico. Por ser tema do presente trabalho, a PNPIC foi, portanto, a principal fonte de dados dessa pesquisa, assim como as Portarias do Ministério da Saúde às quais está relacionada.

Foram consultados, além da própria política e da legislação a que está relacionada, sites oficiais governamentais e relatórios de gestão. Também foram consultados como fontes os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que é a base de dados do SUS, e trabalhos acadêmicos anteriores sobre o tema.

3.3. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi feita pela técnica de análise de conteúdo, que possui três fases (GIL, 2002). A primeira fase é a pré-analítica, e é nela que ocorre a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses, assim como a preparação do material para a análise. Pode ser considerada a fase que trata do planejamento da pesquisa, estando mais voltada ao projeto do que a análise propriamente dita.

A segunda fase trata da exploração do material, envolvendo a escolha das unidades, a enumeração e a classificação. Enquanto que a última e terceira fase é o tratamento e interpretação dos dados (GIL, 2002).

No presente trabalho, a primeira fase teve início durante o projeto, visto que a formulação dos objetivos de pesquisa e justificativa foram baseadas na escolha dos documentos. Na sequência, teve continuidade com a simples separação e organização dos documentos citados no subcapítulo anterior.

A fase intermediária foi a leitura e relação dos documentos escolhidos, buscando sintetizar aqueles com informações qualitativas e organizando os dados quantitativos obtidos no Datasus. Essa fase foi, portanto, direcionada a servir de

base para alcançar os objetivos específicos da presente pesquisa, de forma gradual e tendo como base a Política Pública tema.

Por fim, a terceira fase foi a interpretação de todos os dados obtidos, buscando comparar e relacionar os mesmos. Primeiro, foram tratados para alcançar os objetivos específicos e, quando atingido esse fim, interpretados de forma a alcançar o objetivo geral desse trabalho.

4. A POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Nesse capítulo, dividido em cinco subcapítulos, será descrita a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, apontando sua origem, objetivos, diretrizes, práticas envolvidas, implementação e o diagnóstico inicial realizado antes da aprovação da mesma.

4.1. ORIGEM DA PNPIC

O processo de criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares teve início com o atendimento das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) com a publicação da “Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional 2002-2005”, assim como diretrizes e recomendações de diversas conferências nacionais de saúde, que debatiam a inclusão dessas práticas no sistema público de saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986 na Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, sendo esse um importante marco para a oferta de PIC no SUS. Dez anos depois, a 10ª Conferência Nacional de Saúde aprovou a inclusão de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia no SUS e, em 1999, foram incluídas na tabela de procedimentos do SUS consultas médicas em homeopatia e acupuntura.

Assim, a PNPIC teve sua origem em junho de 2003, em uma reunião do então Ministro da Saúde com representantes das associações nacionais de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica. (BRASIL, 2015).

Nessa reunião foi instituído um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e pela Secretaria-Executiva. Esse grupo de trabalho contava também com a participação de representantes das secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e associações brasileiras de Fitoterapia,

Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica, e tinha o objetivo de discutir e implementar ações para enfim elaborar a Política Nacional.

Três meses depois, em setembro de 2003, foram criados quatro subgrupos de trabalho, em razão das especificações das diferentes áreas envolvidas. O grupo gestor responsável por esse grande grupo de trabalho elaborou também um plano de ação a ser adotado pelos quatro subgrupos, de forma a ser consolidado posteriormente no documento técnico de tal Política Nacional. Durante esse processo também foi realizado o diagnóstico inicial das práticas integrativas e complementares que já haviam no SUS. Tal diagnóstico situacional será apresentado no presente trabalho no fim deste capítulo.

Com o fim dos trabalhos dos subgrupos, foi elaborada inicialmente uma proposta de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares, documento levado para avaliação em fevereiro de 2005 para Câmaras Técnicas dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite. Após diversas reuniões, a proposta foi aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde em dezembro de 2005, mas com restrições referentes ao conteúdo da proposta técnica para a medicina tradicional chinesa/acupuntura e ao nome da política. Após as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, foi constituída uma subcomissão com o objetivo de elaborar a proposta final a ser avaliada em fevereiro de 2006. O documento final da Política foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde, consolidando assim a PNPIC no SUS através da publicação das Portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1600, de 17 de julho de 2006.

4.2. OBJETIVOS E DIRETRIZES DA PNPIC

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares possui quatro objetivos, são eles (BRASIL, 2015):

1. Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;

2. Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;
3. Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades;
4. Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

O primeiro objetivo citado é facilmente relacionado com os objetivos, diretrizes e princípios do SUS, já citados anteriormente nesse trabalho, citando novamente não somente a recuperação da saúde mas também sua promoção, o foco na atenção básica e assistência integral. O segundo objetivo, por sua vez, relembra a recomendação da OMS pela busca da segurança, eficácia e qualidade das práticas integrativas e complementares. Já os terceiro e quarto objetivos trazem a importância das PIC para um desenvolvimento sustentável e para a participação social, trazendo a noção do engajamento necessário tanto da parte dos usuários como dos gestores e trabalhadores de diversas instâncias para que a Política seja efetiva.

Além dos objetivos, a PNPIC também nomeou diretrizes específicas com o intuito de orientar e definir as estratégias de inserção, de gestão e de avaliação das PICs no SUS, o que totalizou em 11 diretrizes gerais da Política. As diretrizes elaboradas, por sua vez, tiveram sua implementação disposta na PNPIC divididas em cada uma das práticas, com a adaptação necessária a cada uma delas.

Assim, são diretrizes da PNPIC (BRASIL, 2015):

1. Estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS, mediante: Incentivo à inserção em todos os níveis de atenção, sendo o foco principal na atenção básica; desenvolvimento em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e de acordo com o nível de atenção; implantação e implementação de ações assim como o fortalecimento de iniciativas existentes; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação e desenvolvimento dessas abordagens no SUS; articulação com a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas do Ministério da Saúde

2. Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente.
3. Divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional. Nesta diretriz são citados: apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em PIC que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde; elaboração de materiais de divulgação, visando a promoção de ações de informação e divulgação da PIC, respeitando as especificidades regionais e culturais do País – materiais esses direcionados aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e comunidade em geral; inclusão da PNPIC na agenda de atividades da comunicação social do SUS; apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre PNPIC em diferentes linguagens culturais; identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em PIC.
4. Estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações.
5. Fortalecimento da participação social.
6. Provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica nestes âmbitos na regulamentação sanitária. Nesta diretriz são citadas as seguintes ações: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; cumprimento das boas práticas de manipulação, de acordo com a legislação vigente.
7. Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações.

8. Incentivo à pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados.
9. Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação da PIC, para instrumentalização de processos de gestão.
10. Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências da PIC nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde, mediante: estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando o conhecimento e a troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde a PNPIC esteja integrada ao serviço público de saúde.
11. Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

4.3. PRÁTICAS ENVOLVIDAS NA PNPIC

São dezenove (19) as práticas integrativas e complementares instituídas através da PNPIC no âmbito do SUS. Cinco delas foram inclusas na própria criação da PNPIC, enquanto que as demais foram incorporadas através da Portaria Nº 849 do Ministério da Saúde, de 27 de março de 2017. Para melhor compreensão sobre as PIC, tema da Política deste estudo, cada uma das práticas será brevemente explicitada nesse capítulo, de acordo com conceitos da própria PNPIC e da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.

4.3.1. Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) compreende um conjunto de elementos cuja origem data de milhares de anos na China. O fundamento da prática é a teoria *yin-yang*, que acredita na divisão do mundo em duas forças/princípios, de forma que interpreta todos os fenômenos em opostos complementares. Assim, a

Medicina Tradicional Chinesa tem como objetivo obter meios de equilibrar essa dualidade, valorizando a relação entre as partes para o benefício da integridade.

A MTC inclui práticas corporais, práticas mentais, orientação alimentar e uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa) relacionadas à prevenção de agravos e doenças, promoção e recuperação da saúde. No SUS, a Medicina Tradicional Chinesa tem foco na acupuntura, prática que pode ser utilizada isoladamente ou de forma integrada com outra terapia. Como informa a própria PNPIC (BRASIL, 2015, p. 17)

a acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças.

O uso da acupuntura é recomendado pela OMS para prevenção de agravos e redução de dor, para diminuição dos efeitos de tratamentos como quimioterapia, tensão, pós-operatório, asma, entre diversos outros casos.

Há registros que supõem o uso de acupuntura há pelo menos 3 mil anos, sendo assimilada pela medicina contemporânea ocidental a partir da segunda metade do século XX. No Brasil, a acupuntura está presente há mais de 40 anos e é reconhecida como especialidade por vários Conselhos de profissões da saúde. As normas para o atendimento nos serviços públicos de saúde foram fixadas pela Resolução nº 5/88 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação e desde 1999 a consulta médica em acupuntura está inclusa na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

4.3.2. Homeopatia

A homeopatia é uma prática de caráter holístico, que visa o paciente como um todo e tem sua base na força vital e na lei do semelhante, buscando uma cura mais natural. Enunciada por Hipócrates no século IV a.c. e desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, essa racionalidade médica está implantada em diversos países da Europa, da Ásia e das Américas, sendo introduzida no Brasil por Benoit Mure em 1840. No país, é reconhecida como especialidade pelos Conselhos Federais de Medicina, de Farmácia e de Medicina Veterinária.

Assim como a acupuntura, a consulta médica em homeopatia também está inclusa na tabela SIA/SUS desde 1999. Apesar do aumento da oferta de homeopatia pelo serviço público de saúde, principalmente após a criação do SUS, um importante obstáculo está na assistência farmacêutica em homeopatia: grande parte dos serviços de homeopatia do SUS não fornecem medicamento homeopático, visto que muitos municípios não possuem farmácia de manipulação homeopática.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares lista algumas razões para que a implementação da homeopatia no SUS seja uma estratégia importante para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde. São elas:

- Recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde;
- Fortalece a relação médico-paciente como um dos elementos fundamentais da terapêutica, promovendo a humanização na atenção, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo;
- Atua em diversas situações clínicas do adoecimento, por exemplo, nas doenças crônicas não transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários;
- Contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência.(BRASIL, 2015, p. 21)

4.3.3. Plantas Medicinais e Fitoterapia

A fitoterapia é a terapia que utiliza plantas medicinais em suas diversas formas farmacêuticas. Os medicamentos são com folhas, caules e/ou raízes, normalmente por chás. O uso das plantas medicinais coincide com os primórdios da medicina, visto que essa é uma forma de tratamento muito antiga.

A OMS valoriza a utilização de plantas medicinais desde os anos 1970, “levando em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à Atenção Primária à Saúde” (BRASIL, 2015, p. 22). Em países como o Brasil, com grande diversidade, possibilitam cura por um meio mais barato – em relação aos medicamentos laboratoriais – e de fácil acesso.

4.3.4. Termalismo Social/Crenoterapia

O termalismo compreende o uso de água mineral de diferentes formas e sua aplicação em tratamentos de saúde, enquanto que crenoterapia é a indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica. Uma cidade brasileira conhecida por essa propriedade é Poço de Caldas, em Minas Gerais, cidade com fontes termais. Essa prática objetiva o bem-estar do paciente – físico e psicológico – em uma visão integral.

A primeira publicação científica data de 450 a.C., descrita por Heródoto. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida ainda durante a época de colonização portuguesa, ao trazerem para o país seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde.

4.3.5. Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica está presente no Brasil há aproximadamente 60 anos e é uma prática de caráter complementar que busca a integralidade do cuidado em saúde com um modelo de atenção organizado de maneira transdisciplinar. Os médicos dessa prática utilizam conhecimento e recursos da medicina antroposófica como meio para a ampliação da clínica, utilizando inclusive medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. Ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da saúde de forma integrada.

A razão pela inclusão dessa prática na PNPIC como observatório está na pequena representatividade no SUS, assim como nas avaliações iniciais positivas apresentadas.

4.3.6. Arteterapia

Arteterapia é a prática que utiliza a arte como base do processo terapêutico. De forma individual ou coletivo, podem ser utilizadas as mais diversas técnicas artísticas (pintura, desenho, música, mímica, expressão corporal, escultura etc) para terapia e qualidade de vida. Essa prática estimula a expressão criativa, auxilia no desenvolvimento motor, no raciocínio e no relacionamento afetivo – através da arte,

as pessoas são estimuladas a refletir sobre formas mais harmônicas de lidar com o stress e experiências traumáticas.

Assim, a arteterapia utiliza a arte como um recurso para interligar os universos internos e externos de um indivíduo através da sua simbologia, é uma forma de usar a arte como meio de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde.

4.3.7. Ayurveda

Ayurveda é uma técnica milenar com origem na Índia e significa a Ciência ou Conhecimento da Vida, onde a saúde do corpo físico está agregada aos campos energético, mental e espiritual. O diagnóstico é baseado não apenas nos aspectos físicos, mas também através da rotina diária, hábitos alimentares, detalhes sociais, situação econômica e ambiental da pessoa.

Cada tratamento é planejado de forma individual, levando em conta a singularidade de cada pessoa, e podem ser utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, técnicas respiratórias, posições e exercícios, com foco no autocuidado. Em razão disso, a OMS reconhece que a ayurveda não é somente um recurso terapêutico, mas também uma maneira de viver.

4.3.8. Biodança

É uma prática que busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente, cuja metodologia cria situações que facilitam a reunião em nível de relacionamento interpessoal. É um sistema de integração e desenvolvimento humano, baseado em experiências do crescimento pessoal e induzido por música, movimento e emoção. Utiliza exercícios e músicas organizados para aumentar a resistência ao estresse, promover a renovação orgânica e melhorar a comunicação.

4.3.9. Dança Circular

Dança circular é uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas. Os indivíduos dançam juntos, em círculos e aos poucos começam a internalizar os movimentos e assim, através da música e do movimento, são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. O foco está na união do grupo, e não na técnica da dança. A prática visa promover o bem-estar, melhora da autoestima, consciência corporal e harmonia entre corpo, mente e espírito.

4.3.10. Meditação

Meditação é uma prática milenar presente em diversas culturas e tradições. A finalidade é facilitar o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação, observando o pensamento e reduzindo o seu fluxo. Tal prática de harmonização dos estados mentais e da consciência amplia a capacidade de observação, atenção e concentração, estimulando o bem-estar, relaxamento, redução de estresse e de sintomas depressivos.

4.3.11. Musicoterapia

Prática que pode ser individual ou em grupo, a musicoterapia utiliza música e seus elementos para promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização, entre outros objetivos terapêuticos. Para uma melhor qualidade de vida, a musicoterapia objetiva desenvolver e restabelecer funções do indivíduo para uma melhor integração intra e interpessoal. Além de promover relaxamento, conforto e prazer no convívio social, tal prática contribui para ampliar conhecimento sobre a utilização da música em conjunto com outras práticas.

4.3.12. Naturopatia

A origem da naturopatia está nos saberes de cuidado de diversas culturas, principalmente naquelas que creem o vitalismo (existência de um princípio vital em cada indivíduo) e em razão disso utiliza diversos recursos terapêuticos, como

plantas medicinais, água mineral, água termal, aromaterapia, massagens, etc. O tratamento é individualizado, baseado de acordo com as especificidades de cada ser, mas seguindo seis princípios fundamentais: não fazer mal, identificar e tratar as causas fundamentais da doença, ensinar os princípios de uma vida saudável e uma prática promocionista, tratar o indivíduo como um todo por meio de um tratamento individualizado, dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção a saúde, e, dar suporte ao poder de cura do organismo.

4.3.13. Osteopatia

O tratamento osteopático é um tratamento manual das disfunções articulares e teciduais, considerando que essas disfunções contribuem no aparecimento de enfermidades. Atuando no indivíduo de forma integral, envolve profundo conhecimento de anatômico, fisiológico e biomecânico global, diferenciando de outras práticas pela busca a proporcionar condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio. É subdividida em três classes (osteopatia estrutural, osteopatia craniana e osteopatia visceral) e o foco desse tratamento está é detectar e tratar as disfunções somáticas.

4.3.14. Quiropraxia

A quiropraxia é uma prática que se dedica ao diagnóstico, tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuromusculoesquelético e os efeitos dessas disfunções no sistema nervoso e na saúde geral. Utiliza as mãos para aplicar uma força controlada na articulação, além do movimento habitual, visando corrigir o complexo de subluxação (desalinhamento da coluna).

4.3.15. Reflexoterapia

Também conhecida como reflexologia, essa prática visa a estimulação de pontos reflexos com finalidade terapêutica. A crença é de cada região do corpo tem seu reflexo nos pés, principalmente, nas mãos e nas orelhas e a massagem em pontos chaves auxilia no equilíbrio dessas regiões onde há algum bloqueio ou inconveniente. As terminações nervosas criam um campo eletromagnético com

concentração sanguínea ao redor de determinada área e, quanto maior essa concentração, mais crônicas e graves são as patologias.

4.3.16. Reiki

Nessa prática, o toque ou a aproximação da mão do terapeuta sobre o corpo da pessoa objetiva a canalização energética. É uma prática de concepção vitalista, assim como outras já citadas, e busca fortalecer os locais onde se encontram bloqueios (conhecidos como “nós energéticos”) eliminando toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular, restabelecendo assim o ciclo de energia vital. A prática do reiki inclui dimensões da consciência, do corpo e das emoções.

4.3.17. Shantala

Prática de massagem para bebês e crianças, a shantala é uma série de movimentos pelo corpo. Além de promover o vínculo afetivo entre o cuidador e a criança, estimula também as articulações e musculatura, auxiliando no desenvolvimento motor.

4.3.18. Terapia Comunitária Integrativa (TCI)

A TCIA atua em espaço aberto à comunidade para construção de laços sociais, apoio emocional, troca de experiências e prevenção ao adoecimento. A prática aproveita os recursos da própria comunidade e é realizada em roda, incentivando o compartilhamento de experiências valorizando as histórias pessoais.

4.3.19. Yoga

A yoga engloba a combinação de postura física, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Essa prática também estimula o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de não-violência. Entre os principais benefícios estão a redução do estresse, regulação dos sistemas nervoso e respiratório, equilíbrio do sono equilíbrio da produção hormonal, fortalecimento do sistema imunológico, aumento da capacidade de concentração e criatividade.

4.4. IMPLEMENTAÇÃO DA PNPIC

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apresenta ações de implementação das diretrizes para cada prática separadamente. Como essas ações são apresentadas no próprio documento da Política – e presente também na sua 2ª edição – não constam ações para as práticas incluídas na Portaria nº 849 do Ministério da Saúde, de 27 de março de 2017. As premissas e diretrizes específicas de cada prática estão relacionadas no quadro 1 – Implementação das diretrizes.

Apenas a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura e a Homeopatia apresentaram premissa que é, inclusive, a mesma, alterando apenas o nome da prática em questão: desenvolvimento da prática em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no Sistema Único de Saúde, e de acordo com o nível de atenção. A medicina antroposófica e o termalismo social/ crenoterapia, por serem incluídas apenas como observatório social, apresentam uma única diretriz cada, que trata justamente do incentivo à criação de observatórios de saúde. Para tanto, a PNPIC apresenta algumas medidas para que cada uma delas busque essa diretriz, mas que tratam resumidamente da instituição de observatórios; desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação; e, elaboração e publicação sobre os resultados.

Nas demais práticas (Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia), cada diretriz específica citada é acompanhada também de diversas ações e medidas que devem ser adotadas, sendo cada uma delas desenvolvida de acordo com as especificidades de cada uma das práticas. De forma geral, podemos perceber que as diretrizes abordam uma melhor estruturação, o foco na atenção básica, a qualificação dos profissionais, pesquisa e desenvolvimento, financiamento, acompanhamento e avaliação, qualidade e amplo acesso.

Quadro 1 – Implementação das diretrizes

Implementação das diretrizes					
	Na Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Na Homeopatia	Nas Plantas Medicinais e Fitoterapia	No Termalismo Social/Crenoterapia	Na Medicina Antroposófica
Premissa	Desenvolvimento da medicina tradicional chinesa/acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção	Desenvolvimento da homeopatia em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS, e em consonância com o nível de atenção			
Diretrizes	Estruturação e fortalecimento da atenção em MtC/acupuntura no SUS, com incentivo à inserção da MtC/acupuntura em todos os níveis do sistema, com ênfase na atenção básica.	Incorporação da homeopatia nos diferentes níveis de complexidade do sistema, com ênfase na atenção básica, por meio de ações de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde.	Elaboração da relação nacional de Plantas Medicinais e da relação nacional de Fitoterápicos.	Incentivo à criação de observatórios de saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em termalismo social, no âmbito do SUS.	Incentivo à criação de observatórios de saúde onde atualmente são desenvolvidas experiências em medicina antroposófica, no âmbito do SUS.
	Desenvolvimento de estratégias de qualificação em MtC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante aos princípios e diretrizes para a educação permanente no SUS.	Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas	Provisionamento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos usuários do SUS.		
	Divulgação e informação dos conhecimentos básicos da MtC/acupuntura para usuários, profissionais de saúde e gestores do SUS.		Formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia.		
	Garantia do acesso aos insumos estratégicos para MtC/acupuntura na perspectiva da garantia da qualidade e segurança das ações.	Provisionamento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.	Acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS.		
			Fortalecimento e ampliação da participação popular e do controle social.		
	Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação para MtC/acupuntura.	Provisionamento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito, na perspectiva da ampliação da produção pública.	Estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações voltadas à implantação das plantas medicinais e da fitoterapia no SUS.		
	Integração das ações da MtC/acupuntura com políticas de saúde afins.	Acompanhamento e avaliação da inserção e da implementação da atenção homeopática no SUS.	Incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do País.		
	Incentivo à pesquisa com vistas a subsidiar a MtC/acupuntura no SUS como nicho estratégico da política de pesquisa no sistema.	Socializar informações sobre a homeopatia e as características da sua prática, adequando-as aos diversos grupos populacionais.	Promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS.		
	Garantia de financiamento para as ações da MtC/acupuntura.	Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção homeopática no SUS.	Garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo sistema nacional de Vigilância sanitária.		

Fonte: Brasil, 2015.

Importante aspecto na implementação das diretrizes da PNPIC no SUS está também no papel dos gestores. A Política cita as diferentes responsabilidades institucionais dos gestores nos três níveis: federal, estadual e municipal. A primeira responsabilidade atribuída a cada um dos gestores é em relação à elaboração de normas técnicas para a inserção da Política, cada um em seu nível: ao gestor federal, no SUS; ao gestor estadual, na rede estadual de saúde; e, ao gestor municipal, na rede municipal de saúde. Os três níveis de gestores apresentam quatro responsabilidades iguais, que dizem respeito à definição de recursos orçamentários e financeiros, promoção da articulação entre os setores, acompanhamento e divulgação da implantação/implementação da PNPIC e a divulgação da mesma. Além dessas, algumas responsabilidades são semelhantes, mas adequadas aos seus respectivos âmbitos. É o caso, por exemplo, das diretrizes para educação permanente. Enquanto que ao gestor federal cabe estabelecer essas diretrizes, ao estadual cabe implementar e, ao municipal, estabelecer mecanismos para essa qualificação. Tais responsabilidades estão relacionadas no quadro 2.

Quadro 2 – Responsabilidades dos gestores

Responsabilidades Institucionais		
Gestor Federal	Gestor Estadual	Gestor Municipal
Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC:		
no SUS	na rede de Saúde	na rede municipal de Saúde
Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando a composição tripartite.		
Promover articulação intersetorial para a efetivação desta política.		
Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política		
Divulgar a PNPIC no SUS.		
Estabelecer diretrizes para a educação permanente em PNPIC	Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade locorregional.	Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.
Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulamentação sanitária.	Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos	Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a esta política e suas ações decorrentes na sua jurisdição.
Estimular pesquisas nas áreas de interesse, em especial, aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a PNPIC.	Exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.	
	Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho estadual de saúde	Apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de saúde.
Manter articulação com os estados para apoio à implantação e à supervisão das ações.	Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações.	

Fonte: BRASIL, 2015.

Além das responsabilidades apresentadas no quadro 2, o gestor federal possui ainda outras oito, que são:

- Elaborar e revisar periodicamente a relação nacional de Plantas Medicinais, a relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS e a relação nacional de Fitoterápicos;
- Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas relações nacionais;
- Elaborar e atualizar periodicamente as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS;
- Elaborar mementos associados à relação nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos;
- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e de fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS;
- Fortalecer o sistema de Farmacovigilância nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos;
- Implantar um banco de dados dos serviços de PNPIC no SUS, instituições de ensino e pesquisa, assim como pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em PNPIC;
- Criar o Banco nacional de Preços para os insumos da PNPIC pertinentes, para orientação aos estados e municípios.

4.5. DIAGNÓSTICO INICIAL DAS PIC

Como forma de conhecer as experiências que já haviam na rede pública tanto nos estados quanto nos municípios, o Ministério da Saúde optou por realizar um diagnóstico situacional das racionalidades já contempladas no Sistema Único de Saúde, com foco naquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, fitoterapia e da medicina antroposófica, além das práticas complementares de saúde. Tal estudo foi realizado pelo Departamento de Atenção Básica daquele Ministério, entre março e junho de 2004.

Foram enviados 5.560 questionários para todos gestores estaduais e municipais de saúde, sendo devolvidos 1.342 destes, amostra considerada satisfatória para o estudo. Os dados foram computados em banco de dados, programa Access, e analisados no período entre julho e novembro de 2004.

Tais questionários possibilitaram a constatação de que tais práticas estavam presentes em 232 municípios de 26 estados. Entre as capitais, 19 apresentaram a estruturação de alguma prática. Os estados das regiões sudeste e sul foram os que mais apresentaram inserção de PIC no SUS, sendo São Paulo o estado com maior número (47), seguido de Minas Gerais (30), Rio Grande do Sul (25) e Paraná (17). Todos os outros estados apresentaram menos de 15. Entre as práticas, as práticas complementares (com destaque para o reiki e lian gong) foram predominantes em frequência (62,9%), seguidas da fitoterapia (50%), homeopatia (35,8%) e acupuntura (34,9%). Todas as práticas, entretanto, apresentaram maiores distribuições na atenção básica e saúde da família.

Questionários respondidos que dispõem de lei ou ato institucional estadual ou municipal que dispõe sobre a criação de algum tipo de serviço relativo às práticas integrativas e complementares totalizaram apenas 6,52%. Em relação à capacitação dos profissionais, as atividades são desenvolvidas principalmente nos próprios serviços de saúde pela equipe, seguidas por capacitação em outros centros formadores.

Com esses resultados, foi concluído que a falta de diretrizes específicas para as PIC no SUS foi motivo para as experiências na rede pública estadual e municipal ocorressem de modo desigual, descontinuado e em muitas vezes sem o correto registro que possibilite acompanhamento e avaliação. Assim, o desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS foi entendido como “continuidade do processo de implantação do SUS, na medida em que favorece de forma efetiva o cumprimento dos princípios e diretrizes que regem o sistema” (BRASIL, 2015, p.74).

5. PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SUS CAPACITADOS EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Esse capítulo abordará a qualificação em práticas integrativas e complementares dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde. O primeiro subcapítulo abordará como os profissionais são qualificados em PIC, enquanto que o segundo trará dados referentes a quantidade de profissionais capacitados nessas práticas. Por fim, o terceiro será uma análise frente os resultados obtidos.

5.1. QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PIC NO SUS

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS cita diversas vezes a capacitação e qualificação dos profissionais em PIC, deixando clara a sua importância para que a PNPIC alcance seus objetivos. Exemplo disso são a segunda e a terceira diretrizes da PNPIC, já citada no item 4.2. do presente trabalho, que é o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS e a divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.

O desenvolvimento de estratégias de qualificação é também uma diretriz para implementação da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura apresentada na PNPIC, assim como a formação e educação permanente dos profissionais de saúde é uma diretriz para implementação de Plantas Medicinais e Fitoterapia na mesma. Ao tratar das responsabilidades dos gestores, a educação permanente é novamente citada: aos gestores federais cabe o estabelecimento de diretrizes para a educação permanente em PNPIC; aos estaduais, a implementação das diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade local regional; e aos municipais, o estabelecimento de mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde.

Ainda na própria PNPIC, o diagnóstico inicial das PIC apontou a até então distribuição de como era feita a capacitação dos profissionais em práticas integrativas e complementares. A capacitação em serviços próprios pela equipe foram maioria – 45,22% – enquanto que em outros centros formadores e

contratados para esse fim apresentou 14,35% dos questionários respondidos. Os restantes (43,43%) foram sem resposta. Importante aqui ressaltar que o questionário enviado só apresentava essas duas opções de resposta (em serviço próprio pela própria equipe e em outros centros formadores contratados para esse fim) para assinalar ao item sobre onde as atividades de capacitação eram desenvolvidas.

A PNPIC determina a obrigatoriedade de título de especialista para a inserção de profissionais que exerçam a acupuntura do SUS, sem discriminar em que curso de graduação esses profissionais devem ser formados. Tal fato foi ratificado em setembro de 2013 por meio de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), órgão que coordenada a PNPIC, onde descreve que não há impedimento legais e/ou razões para o exercício multiprofissional da acupuntura, assim como para os demais recursos da MTC voltados ao cuidado da população.

A segunda diretriz para implementação da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura na PNPIC trata do “desenvolvimento de estratégias de qualificação em MTC/acupuntura para profissionais no SUS, consoante aos princípios e diretrizes para a educação permanente no SUS” e, para isso, propõe:

- “Incentivo à capacitação para que a equipe de Saúde desenvolva ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde – individuais e coletivas – na lógica da MTC, uma vez que essa capacitação deverá envolver conceitos básicos da MTC e práticas corporais e meditativas. Exemplo: tuí-na, tai chi chuan, lian gong, chi gong, e outros que compõem a atenção à saúde na MTC;
- Incentivo à formação de banco de dados relativos a escolas formadoras;
- Articulação com outras áreas visando ampliar a inserção formal da MTC/ acupuntura nos cursos de graduação e pós-graduação para as profissões da Saúde (BRASIL, 2015, p.34). ”

A prática Homeopatia também apresenta ações para a capacitação dos profissionais em suas diretrizes para implementações específicas. Na segunda diretriz (“Garantia de financiamento capaz de assegurar o desenvolvimento do conjunto de atividades essenciais à boa prática em homeopatia, considerando as suas peculiaridades técnicas”), uma das ações citadas, por exemplo, é a garantia de “programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, mediante demanda

loco regional e pactuação nos polos de educação permanente em saúde” (BRASIL, 2015, p. 41).

A quarta diretriz da prática homeopatia cita que as medidas adotadas para o provimento do acesso ao usuário do SUS do medicamento homeopático prescrito buscarão, entre outros, ações relacionadas a capacitação dos profissionais, tais como:

- “Promover a discussão da homeopatia na perspectiva da educação permanente em saúde, por intermédio das instituições formadoras da área, dos usuários e dos profissionais de saúde homeopatas, visando à qualificação dos profissionais no SUS. Articular, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente em saúde no SUS, a realização de diagnóstico acerca das dificuldades e limitações atuais na prática clínica homeopática, no que se refere à formação e à necessidade de educação permanente dos profissionais homeopatas que atuam nos diversos níveis de complexidade do SUS, da atenção básica à atenção especializada;
- Prover apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de projetos e programas de formação e educação permanente que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em homeopatia aos profissionais do SUS, considerando: A adoção de metodologias e formatos adequados às necessidades e viabilidades locais e/ou locais regionais, incluindo o ensino a distância e a formação em serviço; A pactuação de ações e iniciativas no campo da educação permanente em saúde e que atenda à demanda local regional;
- Elaborar material informativo com o objetivo de apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e de educação permanente dos profissionais homeopatas [...];
- Promover a inclusão da racionalidade homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação strictu e lato sensu para profissionais da área de Saúde;
- Promover a discussão sobre a homeopatia no processo de modificação do ensino de graduação. [...] (BRASIL, 2015, p.44). ”

Em relação à Plantas Medicinais e Fitoterapia, a capacitação dos profissionais também é abordada em uma das diretrizes específicas de implementação (formação e educação permanente dos profissionais de Saúde em plantas medicinais e fitoterapia). Para tanto, a PNPIIC cita que as medidas adotadas devem possibilitar:

- Definir localmente, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a educação permanente em saúde no SUS, a formação e educação permanente em plantas medicinais e fitoterapia para os profissionais que atuam nos serviços de Saúde. A educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos se dá nos níveis: Básico interdisciplinar comum a toda equipe: contextualizando a PNPIIC, contemplando os cuidados gerais com as plantas medicinais e fitoterápicos; Específico para profissionais de Saúde de nível universitário: detalhando os aspectos relacionados à manipulação, uso e prescrição das plantas medicinais e fitoterápicos; Específico para profissionais da área agrônoma: detalhando os aspectos relacionados à cadeia produtiva de plantas medicinais;

- Estimular a elaboração de material didático e informativo, visando apoiar os gestores do SUS no desenvolvimento de projetos locais de formação e educação permanente;
- Estimular estágios nos serviços de fitoterapia aos profissionais das equipes de Saúde e estudantes dos cursos técnicos e de graduação;
- Estimular as universidades a inserir nos cursos de graduação e de pós-graduação, envolvidos na área, disciplinas com conteúdo voltado às plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2015, p. 51). ”

Entre Termalismo e Medicina Antroposófica, práticas incluídas apenas como observatório social na PNPIC, a Política cita ação referente a capacitação na diretriz da prática Termalismo, sendo essa “apoiar as iniciativas de divulgação e capacitação para ações referentes ao termalismo social/crenoterapia no SUS” (BRASIL, 2015, p. 57). A Portaria Nº 849, de 27 de março de 2017, que incluiu as demais 14 práticas na PNPIC, não faz referência quanto à capacitação dos profissionais nessas práticas.

A fim de seguir as recomendações da PNPIC, o Ministério da Saúde tem incentivado a inclusão de disciplinas de interesse do SUS e da Política nos currículos dos cursos de graduação e especialização na área da saúde, já que por focarem na biomedicina, não capacita para as práticas da PNPIC. Baseado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o MS entende que a qualificação profissional envolve um conjunto de ações direcionadas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, pautada pelas necessidades da população e com base nos princípios e diretrizes do SUS. Dentre as iniciativas do Ministério de Saúde nesse âmbito estão, além da PNEPS, o InovaSUS, Telessaúde, Comunidade de Práticas, Portal Saúde Baseado em Evidências, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS).

Comunidade de Práticas é uma plataforma individual que possibilita o compartilhamento de experiências, discussões de casos, fóruns temáticos, e conta com diversos relatos sobre as práticas envolvidas na PNPIC. Na Comunidade de Práticas também eram oferecidos diversos cursos de capacitação, agora migrados para o AVASUS. O Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS é uma plataforma e Educação a Distância do Ministério da Saúde, que oferece gratuitamente cursos para qualificação e atualização de profissionais e técnicos, estudantes e gestores da área da saúde, bem como pelo público em geral. Entre os cursos oferecidos referentes à PNPIC estão:

- Gestão de Práticas Integrativas e Complementares, de 80 horas com 2464 alunos inscritos em outubro de 2017;
- Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde, de 60 horas com 20785 alunos inscritos em outubro de 2017;
- Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa, de 60 horas e 3549 alunos inscritos em outubro de 2017;
- Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa, de 80 horas e 3598 alunos inscritos em outubro de 2017; e,
- Introdução às Práticas Integrativas e Complementares: Antroposofia Aplicada à Saúde, de 80 horas e 4118 alunos inscritos em outubro de 2017.

As categorias profissionais que prestam atendimento nas PIC são relacionadas nas portarias que incluem os procedimentos na tabela do SUS e do SCNES. O quadro a seguir, relacionando cada uma das práticas englobadas na PNPIC com as ocupações autorizadas, foi elaborado como síntese da Portaria Nº 853 de 17 de novembro de 2006, Portaria Nº 84 de 25 de março de 2009, Portaria Nº 145 de 11 de janeiro de 2017 e Portaria Nº 663 de 28 de março de 2017 – ambas do Ministério da Saúde – em conjunto com consulta à Tabela Unificada, do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Quadro 3 – Práticas e ocupações profissionais

Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo
Homeopatia	Médicos, enfermeiros, cirurgiões dentista, farmacêuticos
Fitoterapia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social
Termalismo Social/Crenoterapia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social
Medicina Antroposófica	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, musicoterapeuta, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Arteterapia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, arteterapeuta, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Ayurveda	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social
Biodança	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Dança Circular	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Meditação	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Musicoterapia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Naturopatia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social
Osteopatia	Fisioterapeutas, terapeutas ocupacional
Quiropraxia	Fisioterapeutas, terapeutas ocupacional
Reflexoterapia	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Reiki	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutrólogo, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Shantala	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde
Terapia Comunitária Integrativa	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde
Yoga	Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, biomédico, cirurgiões dentista, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, profissional de educação física na saúde, nutricionista, assistente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitário de saúde

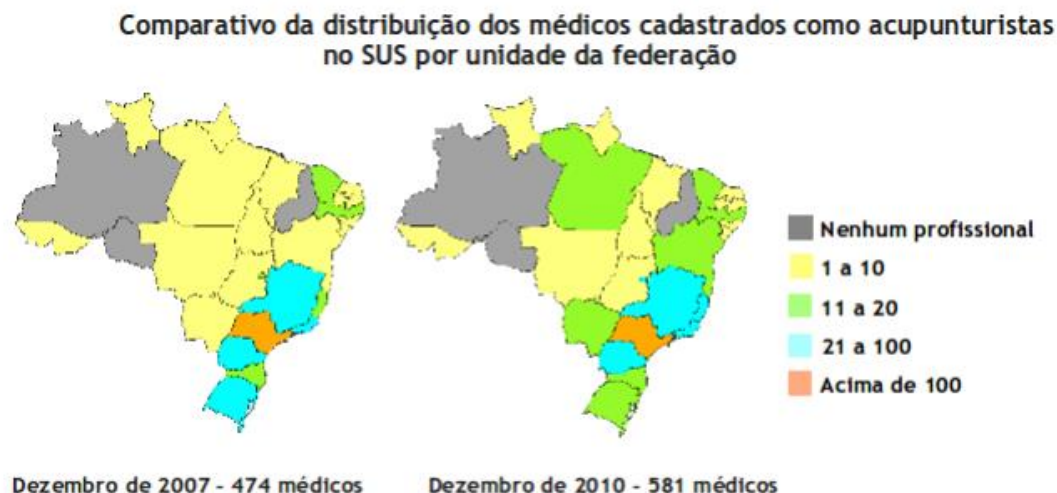
Fonte: MS (2006), MS (2009), MS (2017a), MS (2017b) e DATASUS

5.2. DADOS REFERENTES A PROFISSIONAIS CAPACITADOS EM PIC NO SUS

O diagnóstico inicial apresentado pela própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares apontou a estrutura de alguma das práticas em 232 municípios, sendo 19 capitais e distribuídos em 26 estados (BRASIL, 2015). Na prática Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, foram constatadas 181.983 consultas em 2003 e uma maior concentração de médicos acupunturistas na região sudeste do Brasil – 213 do total de 376 cadastrados no sistema. Ainda segundo a Política, a acupuntura estava até então presente em 107 municípios (17 capitais) distribuídos em 19 estados. A PNPIC não trouxe o número de consultas anuais da prática de homeopatia, mas informou que desde a inserção como procedimento na tabela SIA/SUS vinha apresentando crescimento anual em torno de 10%. Apontou, ainda, que em 2004 havia o registro de 457 profissionais médicos homeopatas e que a homeopatia estava presente em 158 municípios (16 capitais) de 20 estados. A PNPIC não informou número de profissionais da prática de fitoterapia registrados, mas citou que de acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, a prática está presente em 116 municípios e 22 estados. Já em relação ao termalismo e a medicina antroposófica, a Política não traz esse tipo de dados, cita somente a pouca representatividade e a orientação para serem implementadas como observatório.

A comparação entre os números de médicos acupunturistas e homeopatas em 2007, após um ano de aprovação da PNPIC, e em 2010 foi apresentada no anexo III do Relatório de Gestão 2006-2010 das Práticas Integrativas e Complementares do SUS da Coordenação Nacional de PIC, vinculada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A figura 1 demonstra a quantidade de médicos acupunturistas no SUS por estado.

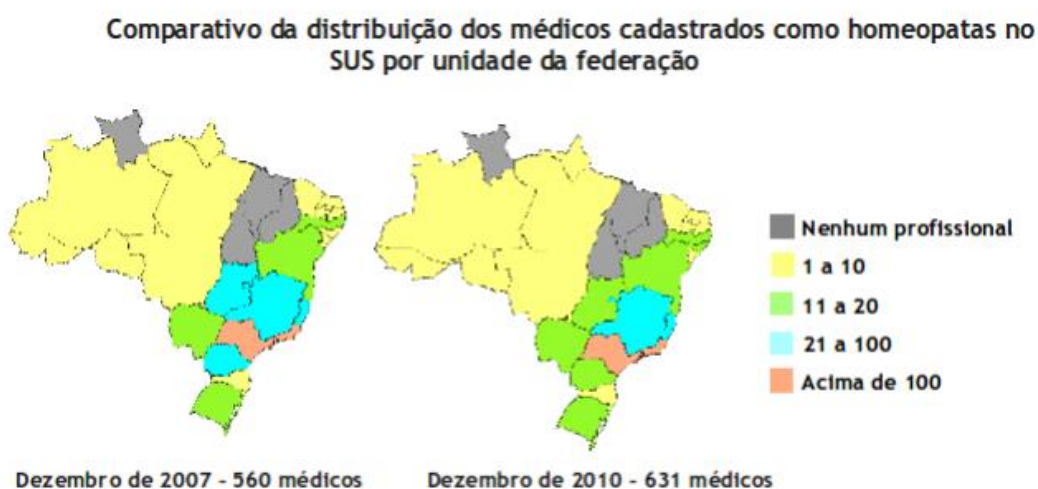
Figura 1 – Médicos Acupunturistas no SUS 2007 e 2010



Fonte: DAB/MS (2011)

Três anos após o primeiro levantamento – e quatro após a implementação da PNPIC – três estados permaneceram sem nenhum profissional cadastrado. Nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, apenas um estado em cada mudou de 1 a 10 médicos para 11 a 20. Na região sudeste, a única alteração foi no estado Espírito Santo, enquanto que na região sul foi no Rio Grande do Sul (apresentando queda no número). O único estado com mais de 100 profissionais cadastrados foi São Paulo. As alterações nos números de médicos homeopatas, no mesmo período, também não foram muito significativas, como mostra a figura 2.

Figura 2 – Médicos homeopatas no SUS 2007 e 2010



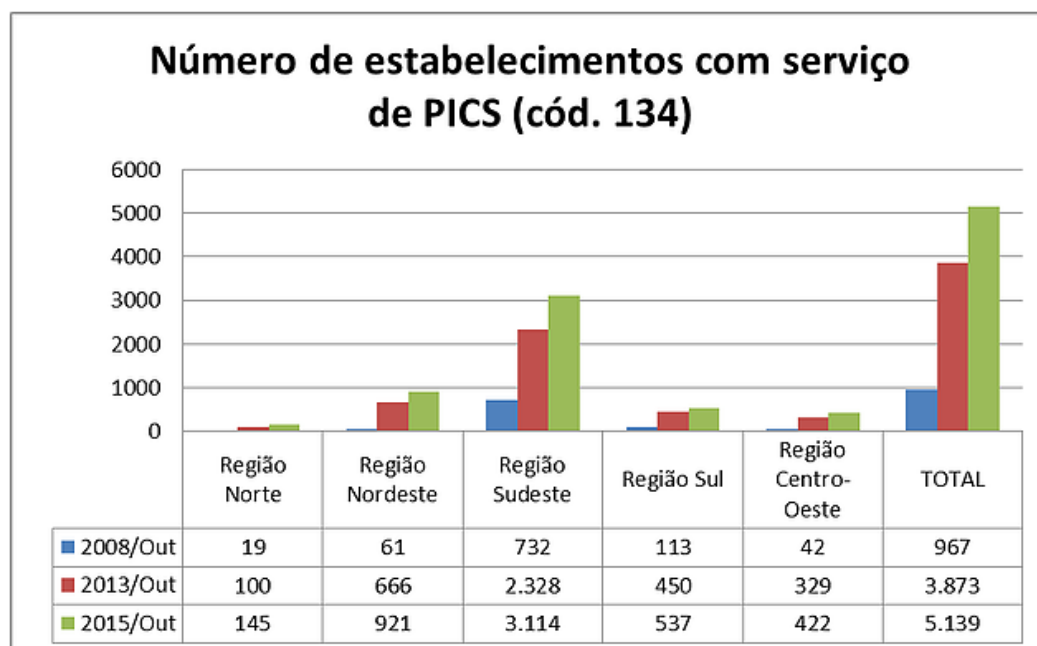
Fonte: DAB/MS (2011)

Assim como no caso dos médicos acupunturistas, os estados onde não havia profissional médico homeopata em 2007 permaneceu na mesma situação em 2010. Apenas três estados mudaram de categoria em relação ao número de profissionais e São Paulo e Rio de Janeiro foram os únicos estados que apresentaram mais de 100 médicos homeopatas registrados.

A Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica (DAB)/MS apresentou dados referentes aos 10 anos da PNPIC em 2016. Entre os avanços constatados, foram citados a criação de cadastro nacional de PIC (profissionais de saúde, instituições e programas), estabelecimento de critérios específicos das PIC para avaliação do acesso e qualidade na atenção básica por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), inclusão de informações relacionadas às PIC no novo Sistema de Informação da Atenção Básica SISAB/e-SUS e o desenvolvimento de estratégias de cursos para o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS).

Ainda nessa apresentação da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do DAB/MS, foram apresentados diversos resultados obtidos sobre a oferta de PIC 10 anos após a aprovação da Política, assim como apresentados também no Relatório de Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares – junho de 2016 divulgado pelo site da Rede Nacional de Atores Sociais em PIC. Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), pelo Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), SISAB/e-SUS, PMAQ e Cadastro Nacional de PIC.

De acordo com esse relatório, 14% dos municípios contam com serviços de PIC cadastrados, sendo que as PIC estão distribuídas na maior parte pelo nível de atenção básica de saúde (78%, seguida de média com 18% e alta com apenas 4%). Um dado importante apresentado é em relação ao número de estabelecimentos com serviços de PIC, distribuído por regiões no gráfico 1.

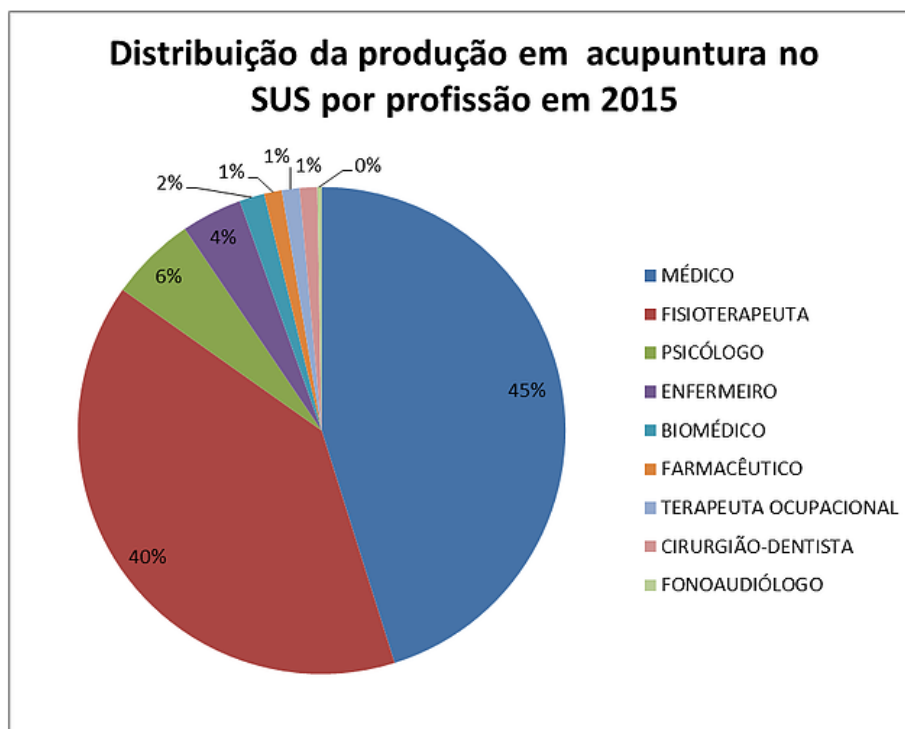
Gráfico 1 – Número de estabelecimentos com serviço de PIC

Fonte: DAB/MS(2016)

Em outubro de 2008, dois anos após a aprovação da PNPIC, estavam registrados apenas 967 estabelecimentos de saúde com oferta de práticas integrativas e complementares, número que saltou para 5.139 em outubro de 2015, representando um aumento de mais de 430% em sete anos. A região com maior número de estabelecimentos é a região sudeste, seguida pela nordeste. A região norte apresentou menor número nos três anos analisados.

Terapia Comunitária, Dança Circular/Biodança, Ioga, Oficina de Massagem/Automassagem, Sessão de Auriculoterapia, Sessão de Massoterapia e Orientação de Tratamento Termal/Crenoterápico foram incluídas na tabela de procedimentos apenas em 2017 e, em razão disso, não possuem histórico. Entretanto, o relatório divulga dados referentes à prática acupuntura. Em 2008, os procedimentos de acupuntura (menos de 300.000 procedimentos) eram realizados 75% por médicos e 25% por outros profissionais de saúde. Em 2015, o percentual de procedimentos realizados por médicos reduziu para 45%, conforme o gráfico 2 a seguir.

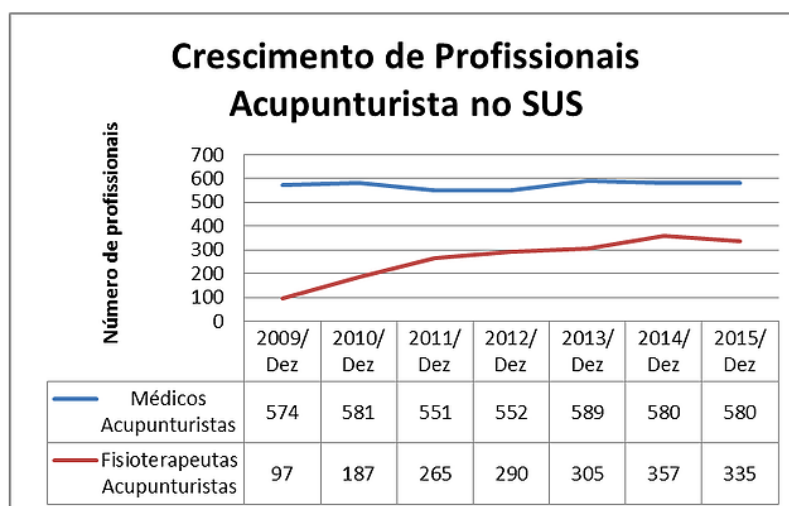
Gráfico 2 – Acupuntura no SUS por profissão – 2015



Fonte: DAB/MS(2016)

Em 2015, o percentual de fisioterapeutas acupunturistas foi pouco inferior ao de médicos da mesma prática. As demais profissões apresentam pouca representatividade, sendo psicólogos (6%) e enfermeiro (4%) as mais significativas entre elas. Esse dado está relacionado ao aumento de 79% de profissionais acupunturistas no SUS no período de 2008 a 2015. A evolução do número de médicos e fisioterapeutas acupunturistas no SUS está representada no gráfico 3.

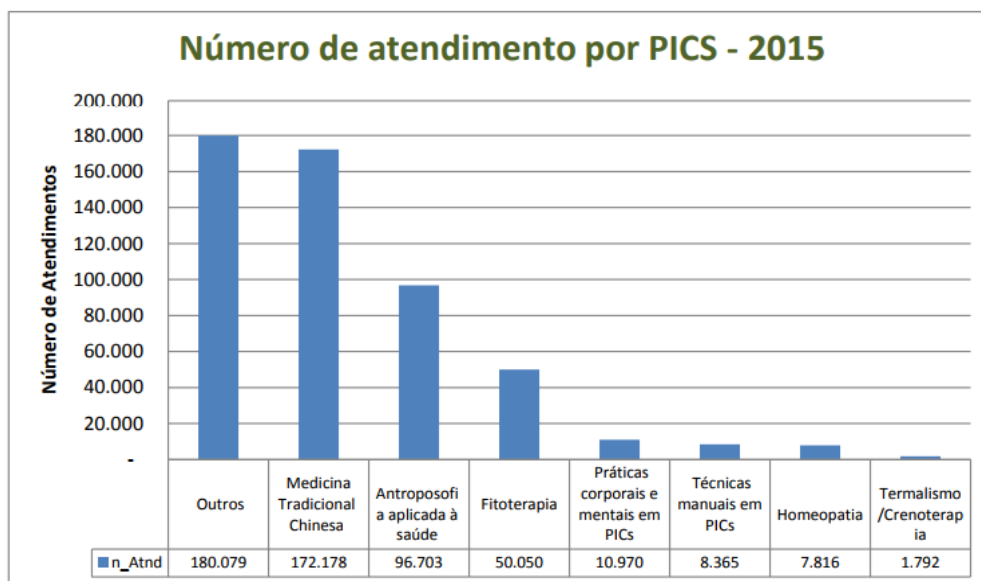
Gráfico 3 – Crescimento de Profissionais Acupunturista no SUS



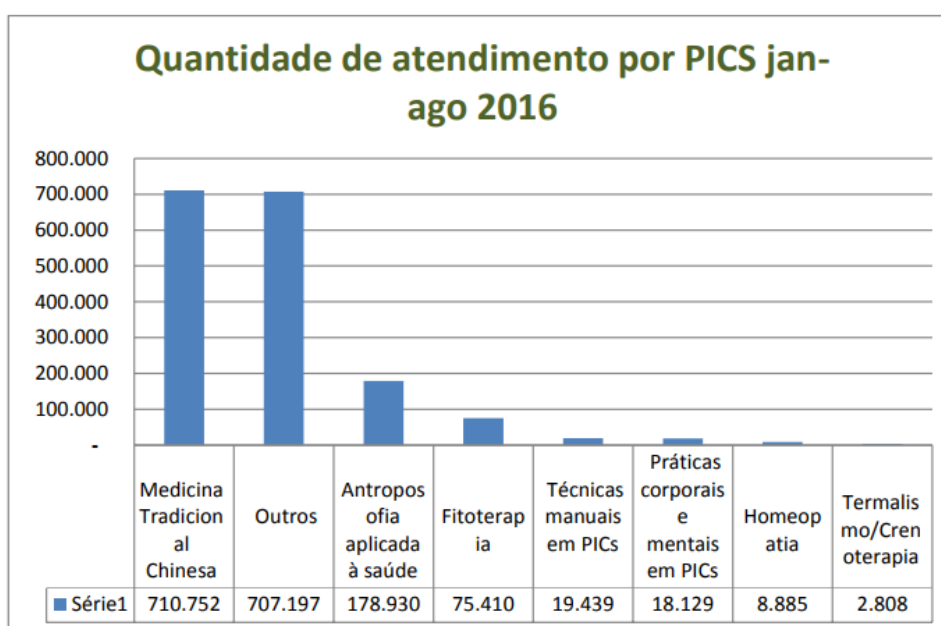
Fonte: DAB/MS(2016)

Como observado no gráfico 3, o número de médicos no período de 2009 a 2015 cresceu apenas 1,2%, enquanto que o número de fisioterapeutas acupunturistas teve aumento de 245%. Outros profissionais que não possuem o código específico na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) não conseguem ser monitorados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). A apresentação da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do DAB/MS também sinaliza os desafios da PNPIC após a divulgação desses resultados, onde constam, entre outros, as ampliações do número de municípios que ofertam PIC e do número de serviços e profissionais.

Em novembro de 2016, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde divulgou um informativo (BRASIL, 2016) referente aos então recentes dados após 10 anos da implantação da PNPIC. Segundo o informativo, em setembro de 2016 havia 5.848 estabelecimentos de saúde – não restritos a atenção básica – que ofertavam PIC e, ainda, que entre janeiro a agosto daquele ano mais de 1.721.550 atendimentos individuais foram informados por 1.582 municípios, em mais de 3.248 estabelecimentos de saúde da atenção básica. Já em 2015, foram registrados 527.953 atendimentos individuais em 1.362 municípios distribuídos em 2.654 estabelecimentos. Entretanto, o informativo alerta de que esses dados possam ser menores do que a realidade, visto que os municípios podem completar as informações do mês de competência por até 12 meses. O gráfico 4 apresenta o número de atendimento por PIC em 2015, enquanto que o gráfico 5 apresenta o mesmo de janeiro a agosto de 2016, segundo o mesmo informativo.

Gráfico 4 – Número de atendimento por PICS – 2015

Fonte: DAB/MS(2016)

Gráfico 5 – Quantidade de atendimento por PIC jan-ago 2016

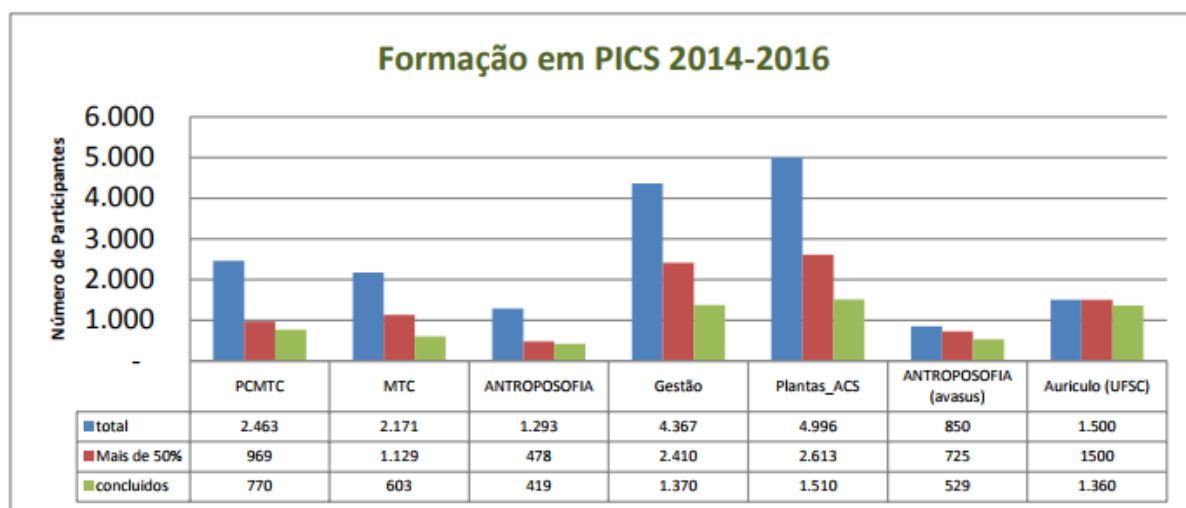
Fonte: DAB/MS (2016)

Observa-se uma grande diferença não somente no número total de atendimentos de um ano para o outro – e enfatizando novamente de que os dados de 2016 não se referem ao ano completo – mas também um aumento de atendimentos em todas as práticas. Há uma inversão entre a medicina tradicional chinesa e o conjunto de outras práticas até então não englobadas pela PNPIC.

Antes tendo o segundo maior número de atendimentos, a medicina tradicional chinesa passa a ter o maior, invertendo de posição com as outras práticas ainda que a diferença entre as duas permaneça pequena. Medicina antroposófica permanece com o terceiro maior número de atendimentos em 2016, assim como fitoterapia permanece em quarto. Técnicas manuais em PIC e Práticas corporais e mentais em PIC invertem e passam a ter, respectivamente, o quinto e sexto maior número de atendimentos (mas permanecem, também, com pouca diferença entre elas). Ainda, homeopatia e termalismo/crenoterapia permanecem como sétima e oitava colocação, respectivamente.

Quanto à formação dos profissionais, o informativo reforça que as ações de formação são uma das estratégias para ampliação da oferta de PIC. De acordo com o mesmo, entre 2014 e 2016 mais de 17.500 profissionais de saúde iniciaram processo de formação, sendo que 6.500 concluíram e 11 mil estavam em andamento. A distribuição desses profissionais em formação está apresentada no gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6 – Formação em PICS 2014 a 2016



Fonte: DAB/MS (2016)

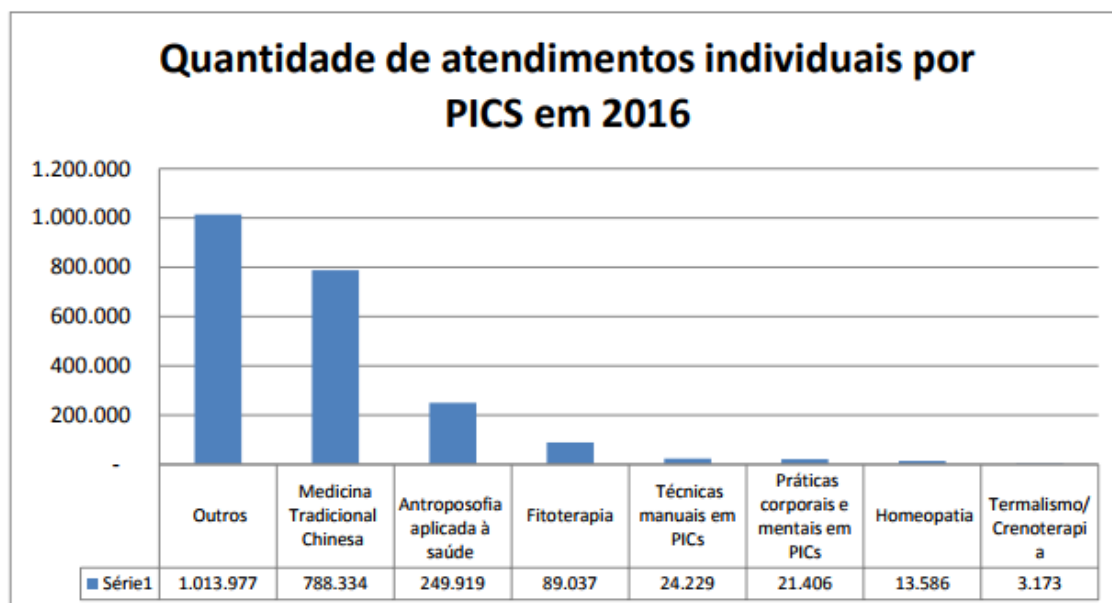
O maior número de profissionais em formação e também com o curso concluído foi na prática de plantas medicinais e fitoterápicos para agentes comunitários de saúde, seguido pelo curso em gestão de PIC. O curso com terceiro maior número de profissionais de saúde formados ou em formação é o de Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa. A MTC é o quarto curso com maior número de profissionais de saúde, seguido pelo de Auriculoterapia da Universidade

Federal de Santa Catarina e, por último, os cursos de Antroposofia. Ainda de acordo com o informe de novembro de 2016 da DAB, em 2017 estava prevista a formação de mais de 9 mil trabalhadores da Atenção Básica, nos seguintes cursos:

- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa;
- Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares: Medicina Tradicional Chinesa
- Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde
- Gestão de Práticas Integrativas e Complementares
- O curso de Qualificação em Plantas Medicinais e fitoterápicos na Atenção Básica também à ser lançado no AVASUS
- Curso de Auriculoterapia na Atenção Básica.

Em maio de 2017, o DAB divulgou outro informativo quanto a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, após a publicação das portarias 145/2017 – que alterou os códigos de procedimentos relacionados com as PIC, assim como ampliou o quantitativo de procedimentos das PIC – e 849/2017 – que ampliou o número de práticas da PNPIC. Segundo o informativo, em 2016 foram informados 2.203.661 atendimentos individuais com oferta de PICS, realizados em 3.813 estabelecimentos de saúde da Atenção Básica. O informativo também informa a quantidade de atendimentos individuais por PIC em 2016, complementando as informações apresentadas em novembro de 2016 (que consideravam apenas de janeiro a agosto daquele ano), demonstrado no gráfico 7.

Gráfico 7 – Quantidade atendimentos individuais por PICS em 2016



Fonte: DAB/MS (2017)

As outras práticas de PIC, sem código, ultrapassaram o número de atendimentos da Medicina Tradicional Chinesa, enquanto que as demais continuaram em suas posições, ainda que todas apresentaram aumento no número de atendimentos. O informativo trouxe dados referentes aos atendimentos coletivos de PIC. Segundo o DAB/MS, foram observados 224.262 atendimentos coletivos, sendo divididos em plantas medicinais/fitoterapia (45.630 atendimentos) e práticas corporais e mentais em PIC (178.628 atendimentos).

Atualmente, a página referente à PNPIC no portal online do Departamento de Atenção Básica (DAB) informa que mais de 7.700 estabelecimento de saúde ofertam alguma PIC, representando 28% das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda de acordo com o portal, 1.708 municípios – englobando todas as capitais e estados brasileiros – oferecem PIC e a distribuição é concentrada da seguinte forma: 78% na atenção básica; 18% na atenção especializada; e, 4% na atenção hospitalar. As UBS ofertam cerca de 2 milhões de atendimentos das PIC, sendo mais de 770 mil de Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura. 85 mil fitoterapia, 13 mil homeopatia e mais de 900 mil de outras práticas que não possuíam código próprio – passaram a ter somente com a publicação da Portaria Nº 145/2017.

Em razão disso, os dados disponíveis no DATASUS quanto ao número de profissionais é bastante restrito em relação às práticas da PNPIC, estando disponíveis somente referente à médicos acupunturistas, fisioterapeutas

acupunturistas e médicos homeopatas. Em dezembro de 2016, o número de médicos acupunturistas era de 566, número abaixo dos três anos anteriores, como demonstrado no gráfico 3. Em compensação, o número de fisioterapeutas da mesma especialidade foi de 344 em dezembro de 2016, número superior ao de 2015, mas inferior ao de 2014 – também comparando aos dados do gráfico 3. Já em relação aos médicos homeopatas, o número de profissionais em dezembro de 2016 foi de 472. Esse número é inferior aos registrados em 2007 e 2010, conforme a figura 2 do presente trabalho.

5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

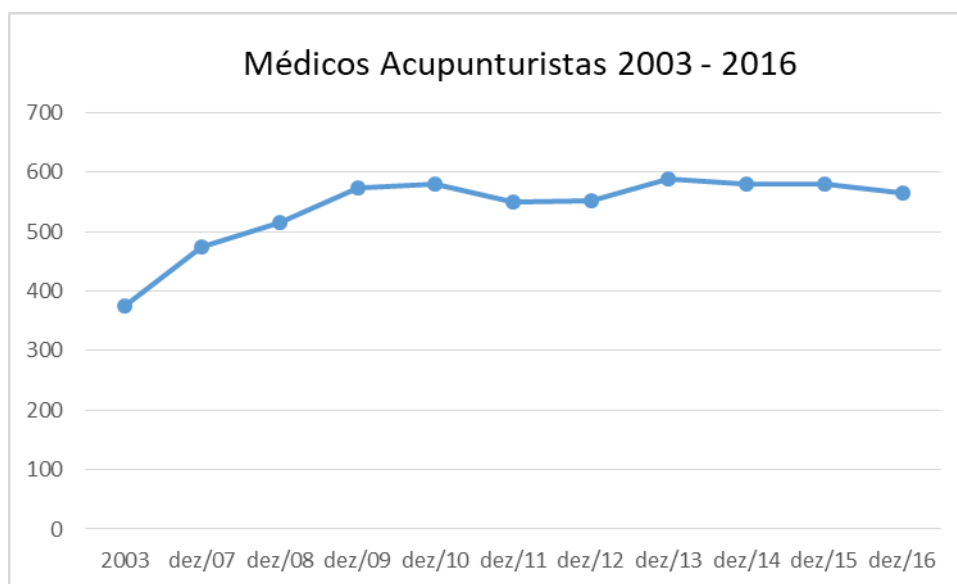
A PNPIC deixa clara a importância de formar e capacitar os profissionais de saúde para que a Política seja efetiva. Conforme visto no subcapítulo 5.1., a qualificação está presente tanto nas diretrizes da PNPIC quanto na responsabilidade dos gestores, ainda que a Política não cite especificamente como deve ser essa qualificação e qual capacitação é necessária para que os profissionais sejam qualificados para tais práticas.

O diagnóstico inicial da PNPIC apontou a estruturação de alguma PIC em 232 municípios, número que hoje chega a 1.708, representando mais de sete vezes o número inicial. O aumento no número de estabelecimentos de saúde que ofertam PIC também foi grande: de 967 em 2008, para 3.873 em 2013, 5.139 em 2015 e 7.700 em 2017 (um aumento de cerca de 700% em relação a 2008 – com a maioria concentrada na atenção básica (78%)). O número de atendimentos também cresceu, apresentando um grande avanço dos 527.953 atendimentos em 2015 para 2.203.661 em 2016. Tais dados representam bem o avanço na implementação e efetividade da Política desde sua publicação, em 2006.

Quanto a prática de medicina tradicional chinesa/acupuntura, a PNPIC determina a obrigatoriedade de título de especialista, mas engloba diversos cursos de graduação da área da saúde e, assim, é exercida não somente por médicos e fisioterapeutas – ainda que estes juntos representam 85%, mas também por psicólogos, enfermeiros e demais profissionais como mostrado no gráfico 2. A PNPIC informou que, em 2003, foram 181.983 consultas dessa especialidade e que

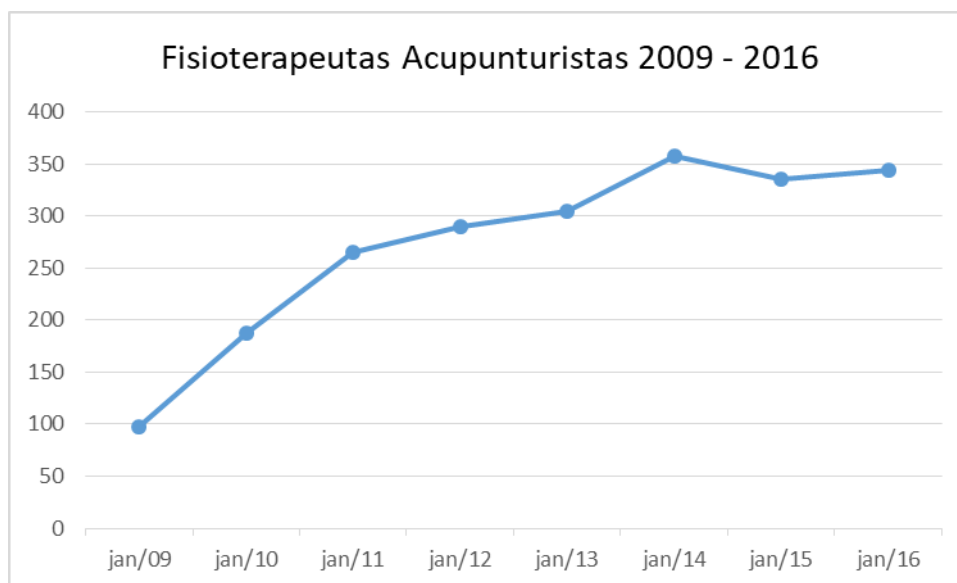
havia 376 médicos acupunturistas cadastrados que atendiam pelo SUS. Em 2008, foram registrados menos de 300.000 procedimentos, enquanto que em 2006 foram 788.334 atendimentos de MTC. O número de médicos acupunturistas apresentou crescimento nos primeiros anos após a implementação da PNPIC, mas declínio nos últimos anos como apresentado no gráfico 8.

Gráfico 8 – Número Médicos Acupunturistas 2003 a 2016



Fonte: DATASUS

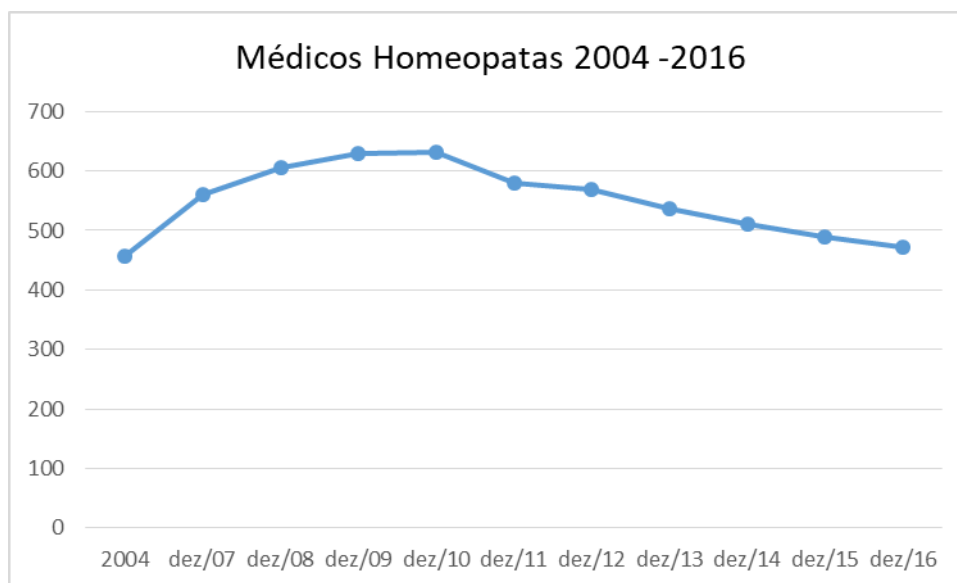
Essa queda no número de médicos dessa especialidade contrapõe com o aumento do número de fisioterapeutas acupunturistas. Os dados referentes ao número de fisioterapeutas dessa especialidade estão disponíveis no DATASUS apenas a partir de 2009 e estão apresentados no gráfico 9, a seguir.

Gráfico 9 – Fisioterapeutas Acupunturistas 2009 a 2016

Fonte: DATASUS

O número de fisioterapeutas cresceu de 97 profissionais, em dezembro de 2009, até 357, em dezembro de 2014, decaindo em 2015 e voltando a crescer em 2016. Esse crescimento está relacionado a maior porcentagem de fisioterapeutas nos procedimentos de acupuntura, conforme já demonstrada no gráfico 2. Antes 75% realizados por médicos, nos últimos anos os fisioterapeutas representam número muito próximo de procedimentos. Tal fato pode ser relacionado com a premissa de MTC/Acupuntura na PNPIC, reforçando o caráter multiprofissional. A Medicina Tradicional Chinesa é a prática com o maior número de atendimentos no ano de 2016, atrás apenas do conjunto de outras práticas até então sem código (gráfico 7), 603 profissionais concluíram o curso de qualificação entre 2014 e 2016 e contava com 3.598 alunos inscritos no curso no AVASUS em outubro de 2017.

Quanto à homeopatia, a PNPIC cita apenas médicos como homeopatas, única profissão que apresenta dados dessa especialidade no DATASUS. O número de médicos homeopatas cresceu nos primeiros anos de implementação da PNPIC, mas apresenta queda desde 2011, de acordo o gráfico 10, a seguir.

Gráfico 10 – Médicos Homeopatas de 2004 a 2016

Fonte: DATASUS

A prática de homeopatia é a penúltima entre as elencadas nos números de atendimentos (gráficos 4, 5 e 7), ainda que apresente um aumento de 7.816 a 13.586, em 2015 e 2016, respectivamente. A prática não é citada nos resultados de formação dos profissionais (gráfico 6), não consta curso no AVASUS e também não foram encontrados fórum na Comunidade de Práticas.

Para a prática de fitoterapia são relacionados profissionais de diversos cursos de graduação da área da saúde e não há nenhuma ocupação registrada como específica da prática de fitoterapia no DATASUS. Entretanto, a PNPIC cita a educação permanente de pessoas e equipes para o trabalho com plantas medicinais e fitoterápicos nos níveis básico interdisciplinar comum a toda equipe, específico para profissionais de saúde de nível universitário e específico para profissionais da área agrônoma.

Em 2015, foram registrados 50.050 atendimentos de fitoterapia (gráfico 4), número que aumentou para 89.037 em 2016 (gráfico 7). Entre a formação de profissionais entre 2014 a 2016 (gráfico 6), o curso de plantas medicinais para agentes comunitários de saúde foi tanto o com maior número de alunos ao todo como o com maior número de concluintes. O curso Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde era o curso sobre PIC com mais alunos (total de 20.785) em outubro de 2017.

Não foram encontrados dados referentes ao número de profissionais exclusivos nas práticas Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia, incluídas na PNPIC apenas como observatório social. Entretanto, o aumento do número de atendimentos (de 96.703 em 2015 para 249.919 em 2016 na primeira, e de 1.792 para 3.173 na segunda nos mesmos anos), assim como o número de alunos nos cursos de antroposofia aplicada à saúde, indica que tais práticas vêm crescendo no Sistema Único de Saúde.

Tais dados demonstram importantes avanços no cumprimento dos objetivos da PNPIC, principalmente aos objetivo 1 (Incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde) e 2 (Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso) em razão do expressivo aumento de número de estabelecimentos de saúde que ofertam PIC, assim como pelo número de atendimento nessas práticas.

Outro ponto significativo é o percentual de 78% dessas iniciativas estarem na atenção básica, principal porta de entrada no SUS, ampliando o acesso da população e indo de acordo com a primeira diretriz da PNPIC, que estabelece que a estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS tem na atenção básica o foco principal. Entretanto, as PIC estão presentes em apenas 28% das UBS, o que indica um longo caminho para que a PNPIC esteja de fato efetiva em todo país. Outro ponto atendido dessa diretriz está no caráter multiprofissional, visto que nenhuma das práticas está atrelada a apenas uma categoria profissional. A segunda diretriz, que diz respeito às estratégias de qualificação em PIC para profissionais no SUS está parcialmente atendida, já que ainda que existam cursos oferecidos pelo próprio Sistema para qualificação, eles não englobam todas as práticas da PNPIC, assim como não há referências sobre como seria essa qualificação.

Entretanto, percebe-se importantes avanços no acompanhamento e avaliação das PIC, indo de acordo com a nona diretriz. Ao longo dos mais de 10 anos de implementação da PNPIC, foram criados códigos para os procedimentos englobados, o que permite melhor e mais correto acompanhamento tanto do governo quanto da população. Relatórios de gestão, DATASUS e informes do

Departamento de Atenção Básica representam importantes meios tanto de acompanhamento quanto de avaliação.

Importante aqui lembrar que as práticas incluídas na PNPIC pela Portaria Nº 849 de 27 de março de 2017 – Arteterapia, Ayuverda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga – obtiveram códigos de procedimentos apenas no mesmo ano e, em razão disso, não é possível acessar e analisar seus históricos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho era relacionar a quantidade disponível e a qualificação específica de profissionais de saúde com a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Esse objetivo foi atingido ao relacionar os dados referentes a quantidade e qualificação em PIC de profissionais de saúde no SUS, entre os anos 2006 e 2016, bem como suas variações ao longo dos anos, com os objetivos e as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Para alcançar esse objetivo, primeiramente foi realizada a pesquisa bibliográfica a fim de conceituar o tema políticas públicas e, especificamente, políticas públicas de saúde, com ênfase para a principal delas (o Sistema Único de Saúde) e, por fim, contextualizar práticas integrativas e complementares. Após, teve início a coleta de dados através de pesquisa documental tendo como referência a própria PNPIC, legislação a qual está veiculada, sites oficiais governamentais, relatórios, trabalhos anteriores e o DATASUS. Com os dados organizados, foi feita a análise comparativa dos resultados alcançados nos 10 anos de PNPIC e, então, a relação desses resultados com os objetivos e diretrizes da PNPIC.

A descrição da Política abordou não somente os seus objetivos e diretrizes, mas também uma síntese da sua origem, de cada uma das práticas abordadas, das ações de implementação e do diagnóstico inicial. Antes da apresentação dos dados referentes ao número de atendimentos, de estabelecimentos de saúde que oferecem PIC e do número de profissionais entre 2006 e 2016, foi abordada ainda o que a PNPIC cita sobre a qualificação e a capacitação dos profissionais de saúde nas PIC.

Como limitação de pesquisa notou-se a dificuldade em localizar estudos anteriores de gestão sobre a PNPIC, assim como a falta de dados mais específicos no DATASUS quanto ao número de profissionais qualificados para todas as práticas englobadas na pesquisa. Ter dados como os referentes a médicos acupunturistas, fisioterapeutas acupunturistas e médicos homeopatas para todos os profissionais qualificados em PIC possibilitaria um estudo mais aprofundado. Porém, os dados encontrados referentes as evoluções dos números de atendimentos, de estabelecimentos de saúde que oferecem PIC – ambos esses inviáveis sem

aumento no número de profissionais – e de profissionais formados e em formação viabilizaram este estudo.

Notou-se que, embora a Política tenha sido publicada a mais de 10 atrás, ainda é um assunto novo, pouco conhecido e conta com mudanças muito recentes, como as Portarias publicadas esse ano. Para que seja de fato efetiva é primordial maior conhecimento e informação tanto por parte da população como por parte dos profissionais de saúde e gestores. A maior diversificação de categorias profissionais na acupuntura e aumento do número de profissionais fisioterapeutas acupunturistas, bem como os expressivos números de profissionais em formação em PIC divulgados pelo DAB/MS e de alunos inscritos nos cursos do AVASUS demonstram uma importante evolução nesse ponto. Ainda, é necessário que os cursos de graduação da área da saúde abordem tais práticas para que os futuros profissionais do SUS tenham conhecimento básico sobre as mesmas, conheçam os objetivos da PNPIC e do SUS e se profissionalizem nas práticas onde houver interesse. Tal fato deriva uma necessidade de política educacional nesse aspecto, para que a formação principalmente na área pública, mas também pela iniciativa privada, possibilite que os futuros profissionais tenham conhecimento em PIC. Em uma rápida pesquisa nas grades curriculares dos cursos de graduação deste Universidade Federal, por exemplo, foi encontrada disciplina (de caráter eletivo) cujo esse seja o tema apenas no curso de Enfermagem.

O aumento significativo tanto do número de atendimentos quanto de estabelecimentos de saúde que oferecem PIC indicam que, após 10 anos de implementação, a PNPIC vem aos poucos conquistando o seu espaço no Sistema Único de Saúde, ampliando o acesso e indo de acordo com o segundo objetivo da Política. Entretanto, ainda que o número de atendimentos (mais de dois milhões no ano de 2016) e de estabelecimentos que ofertam alguma PIC (mais de sete mil) representam um grande aumento frente aos anos iniciais da PNPIC, as práticas estão presentes em apenas 28% das UBS. Esse baixo percentual indica que o primeiro objetivo da PNPIC, referente a implementação e corporação da Política no SUS ainda não foi totalmente atingido.

Importante aqui lembrar também que 78% das iniciativas de PIC no SUS estão presentes na Atenção Básica, atendendo a primeira diretriz da PNPIC. A ampla diversidade de profissionais relacionados para cada uma das práticas

também representou ponto importante e convergente à diretriz no que diz respeito ao caráter multiprofissional. Tal caráter pareceu ser também um impulsionador no aumento de número de atendimentos. Na prática acupuntura, por exemplo, ao longo desses 10 anos foram incluídas novas categorias profissionais na tabela do SUS e o número de procedimentos apresentou grande aumento.

A oferta de cursos de qualificação através do Ministério da Saúde e o expressivo número de profissionais formados ou em formação pelos mesmos nos últimos anos é associado com o significativo aumento no número de procedimentos e de estabelecimentos no ano de 2016. Conclui-se que a disponibilidade em maior número de profissionais de saúde qualificados em práticas integrativas e complementares é imprescindível para a efetividade da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Para que ela ocorra de forma uniforme no país, é importante não somente que as PIC estejam presentes nos cursos de graduação, mas que tenha continuidade os cursos oferecidos pelo AVASUS e Ministério da Saúde, além das ações específicas de cada estado e município através dos seus respectivos gestores.

Este trabalho não esgota o tema a respeito da qualificação dos profissionais de saúde em PIC necessária para a efetividade da Política Nacional objeto. Assim, sugere-se futuros estudos relativos a esse no âmbito acadêmico, bem como para analisar o conhecimento da população sobre a PNPIC e sugestões de divulgação das práticas integrativas e complementares no SUS tanto para a população como para os profissionais de saúde. Recomenda-se, ainda, que sejam feitos estudos de gestão voltados para as práticas incluídas na PNPIC em 2017, visto que por ainda não terem códigos específicos em 2016, os resultados referentes as mesmas são muito genéricos.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 361-378, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2017.
- BORGES, Natany. O SUS que oferece de plantas medicinais a yoga. **Gaz**, 11 fev. 2017. Disponível em: <http://gaz.com.br/conteudos/regional/2017/02/11/89393-o_sus_que_oferece_de_plantas_medicinais_a_yoga.html.php>. Acesso em: 02 abr. 2017.
- BRASIL. Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS. Cursos. **Módulos Educacionais**. Disponível em: <<https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/cursos.php>>. Acesso em 27 out. 2017.
- BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 12 mar. 2017.
- BRASIL, Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 28 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. CNES – Recursos Humanos – Ocupações – Segundo CBO 2002 – Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02br.def>>. Acesso em 30 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. **Tabela Unificada**. Consultar Procedimento. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em 03 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 03 mai. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em 12 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala,

Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/03/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=132>>. Acesso em 01 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 853, de 17 de novembro de 2016. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria853_17_11_06.pdf>. Acesso em 03 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 145, de 11 de janeiro de 2017. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília, 11 jan. 2017. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/prt_145_11_01_2017.pdf>. Acesso em 03 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 633, de 28 de março de 2017. Atualiza o serviço especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília, 28 mar. 2017. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_633_28_3_2017.pdf>. Acesso em 03 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 28 marc. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em 12 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Relatório de Gestão 2006/2010 Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em 28 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Áreas Técnicas. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. 10 anos PNPIC.** Disponível em: < <https://blog.atencaobasica.org.br/wp->

content/uploads/2016/05/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-Pics-2016.pdf>. Acesso em 01 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe Novembro 2016**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/informe_novembro_PICS.pdf>. Acesso em 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe Maio 2017**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Informe_Maio_2017.pdf>. Acesso em 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Onde tem PICS?** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php?conteudo=onde_tem_pics>. Acesso em 21 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica. ASS: Solicitação de posicionamento sobre a prática de Acupuntura. INT: Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_acunputura.pdf>. Acesso em 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Trabalho, Educação e Qualificação. Gestão da Educação. **Qualificação Profissional**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional>>. Acesso em 30 out. 2017.

CASTRO, Jorge Abrahão; OLIVEIRA, Márcio Gimene. Políticas Públicas e Desenvolvimento. In: MADEIRA, Lígia Mori (Organizadora). **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre: UFRGS/CEGOV, 2014. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cegov/files/pub_37.pdf>. Acesso em 20 abr. 2017.

FONTANELLA, Fabrício *et al.* Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2017.

GALHARDI, Wania Maria Papile; BARROS, Nelson Filice de; LEITE-MOR, Ana Cláudia Moraes Barros. O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 213-220, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100022>. Acesso em 29 mar. 2017.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *In: Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 22, n.2, p. 233-238, 2012. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200016&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em 29 mar. 2017.

LARA, Glauciene. O SUS que o brasileiro não conhece. **Brasília Encontro**, Correio web, 02 mai. 2016. Disponível em:

<http://sites.correio web.com.br/app/noticia/encontro/revista/2016/05/02/interna_revista,2913/o-sus-que-o-brasiliense-nao-conhece.shtml>. Acesso em 02 abr. 2017.

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

REDE NACIONAL DE ATORES SOCIAIS EM PICS. **Relatório de Monitoramento das Práticas Integrativas e Complementares – Junho de 2016**. Daniel Armado, maio de 2016. Disponível em: <<http://redenacionalpics.wixsite.com/site/single-post/2016/05/31/Relatório-de-Monitoramento-das-Práticas-Integrativas-e-Complementares---Junho-de-2016>>. Acesso em 25 out. 2017.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Módulo Político Gestor. UNA-SUS. UNIFEST. Especialização em Saúde da Família. [201-]. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em 27 abr. 2017.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. Disponível em:

<http://www.professores.uff.br/jorge/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf>. Acesso em 27 abr. 2017.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. 2 ed. Florianópolis: Departamento de Ciências de Administração/UFSC, 2012. Disponível em:

<http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php?file=%2F145537%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FPolíticas%20Publicas%20GP%202%20Edicao%20Nacional%20Miolo%20Online.pdf>. Acesso em 22 abr. 2017.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para Aprender Políticas Públicas. Volume 1: Conceitos e Teorias**. Instituto de Gestão Economia e Políticas Públicas. 2013. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf>. Acesso em 22 abr. 2017.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099-04.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2017.

SIMONI, Carmem de; BENEVIDES, Iracema. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIIC SUS. Trajetória de avanços e

desafios. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p.90-91, jan/jun 2007. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Pnacional.pdf>>. Acesso em 29 mar. 2017.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em 20 abr. 2017.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2017.

TEIXEIRA, Elenaldo Cesar. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. ATTR-BA. 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em 22 abr. 2017.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2017.

W.H.O. **Tradicional Medicine Strategy 2002-2005**. Geneve: WHO, 2002. 65p.